

**UNIVERSIDADE DO PORTO**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**

**ATRIBUIÇÕES DE CAUSALIDADE DO COMPORTAMENTO  
DE FUMAR NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**Henrique Lopes Pereira**

**MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**  
**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PARA A SAÚDE**  
**1995**

**UNIVERSIDADE DO PORTO**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**

**ATRIBUIÇÕES DE CAUSALIDADE DO COMPORTAMENTO**  
**DE FUMAR NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**Henrique Lopes Pereira**

TESE APRESENTADA PARA OBTENÇÃO DE GRAU DE MESTRE EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
SOB A ORIENTAÇÃO DO PROFESSOR DOUTOR JORGE NUNO NEGREIROS DE CARVALHO

1995

TE-271

UNIVERSIDADE DO PORTO  
Faculdade de Psicologia  
e de Ciências da Educação  
N.º de Entrada 7126  
Data 96/07/24

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador, Professor Doutor Jorge Nuno Negreiros, pela pertinência das suas observações, pelo apoio e disponibilidade que sempre demonstrou e pela aprendizagem que me proporcionou.

Aos Professores e Coordenadora Professora Doutora Luisa Cortesão do curso de Mestrado.

Ao Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil - Centro do Porto, pelas facilidades concedidas para a realização deste estudo.

Aos médicos e enfermeiros que, voluntariamente acederam fornecer a informação imprescindível à concretização deste estudo.

Por último, agradeço a todos aqueles que tanto me estimularam e me ensinaram pelo seu esforço, reflexão e troca de experiências, com todas estas pessoas partilho o possível mérito deste trabalho.



## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

**ACCF** - Atribuições de Causalidade do Comportamento de Fumar

**CCE** - Comissão das Comunidades Europeias

**cit.** - citado\s

**cf.** - conforme

**Com.** - Comunalidade

**G.L.** - graus de liberdade

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**Prob.** Probabilidade

**Sig.** - Significância

**U.E.** - União Europeia

**U.I.C.C.** - União Internacional Contra o Cancro

**Var.** - Variância

**WHO** - World Heath Organisation

## **SINAIS CONVENCIONAIS**

**n°** - número

**fi** - frequência absoluta

**fi %** - frequência relativa

## RESUMO

O presente estudo tem como principal finalidade, identificar e analisar as atribuições de causalidade do comportamento de fumar nos profissionais de saúde - médicos e enfermeiros - num contexto institucional específico.

O plano de investigação procura compreender as relações entre atribuições e comportamento de fumar. Trata-se de um plano correlacional de causalidade (Bryman e Cramer, 1992). A nível da concepção teórica desenvolve-se um quadro no âmbito da teoria das atribuições de causalidade, dando especial relevo à teoria e esquema causal de Kelley (1967).

Para a recolha da informação foram realizadas entrevistas livres (fase exploratória), com o objectivo de construir uma escala atribucional. Num segundo momento foi aplicado um questionário a 287 indivíduos de ambos os sexos, constituído por variáveis sócio-demográficas e variáveis critério para validação dos resultados, e, escala de atribuições de causalidade.

A análise dos dados foi orientada pelo método das diferenças atribucionais entre fumadores actuais, ex-fumadores e não-fumadores. Em primeiro lugar, procedeu-se à análise e selecção dos itens pelo seu poder discriminativo e, avaliação das qualidades psicométricas da escala, pelo estudo da fidedignidade e validade dos resultados. Os coeficientes de consistência interna indicam, que o conjunto dos itens são válidos para medir as atribuições de causalidade do comportamento de fumar. O estudo da validade com referência a um critério externo, revela que as atitudes atribucionais se correspondem com o comportamento. O estudo da validade preditiva dos fumadores indica, que as atribuições de causalidade são um indicador válido para predizer a mudança de comportamento. Numa segunda fase, recorreu-se a técnicas de análise multivariadas - análise factorial, análise de covariação, estudo das correlações parciais e análise discriminante.

Pela complementaridade das análises efectuadas observa-se, que o comportamento de fumar é explicado pelas dimensões atribucionais: Mecanismos de Adaptação, Actividade Lúdica, Consequências Negativas, Relacionamento Interpessoal e Resolução de Problemas. As atribuições de causalidade precedem o comportamento de fumar e ajustam-se à teoria (modelo - covariância) de Kelley (1967).

## ABSTRACT

The main aim of the present study is to identify and analyse the attributions of causality in a given context, assumed by health care professionals (medical doctors and nurses) concerning the smoking habit.

The plan of the investigation seeks to understand the report between the motives and the smoking behaviour. It is a plan of correlation causality (Bryman and Cramer, 1992). The attributional causality was the reference theory of the study with special emphasis on the theory and the causality scheme of Kelley (1967). To obtain informations, free interviews were carried out (exploratory phase) with the target of working out an attributional scale. As a second step a written form was distributed to 287 individuals of both genders with social demographic variables, criterial variable - for the validation of results - and a scale of attribution causality.

The analysis was carried out by the analysis of variance linked with the smoking habit. At the beginning an analysis and selection of itens was carried out according to the discriminant analysis as well as an assessment of the psychometric qualities of the scale by the reliability and validity of the results. The coefficient of the internal consistency shows that the totality of itens are undoubtedly to measure the attributional causality of the behaviour concerning smoking habit. The examination of the validity related to an external criteria demonstrates that attributions are in agreement with the behaviour. The predictive validity of the smokers shows that the attribution of the causality is applicable to predict the changes in behaviour. In a second phase recourse was had to technics of multivariate analysis - factorial analysis, co-variable analysis, partial correlation and discriminant analysis.

By the analysis carried out which are complementary to each other we see that the smoking behaviour finds its explanation in attributional dimensions: "Coping", "Play-full Activities", "Negative Consequencies", "Ways of Getting Along With People", "Resolutions of Problems". The attribution causality precedes the smoking behaviour and are well adapted to the theory (model of co-variancy of Kelley - 1967).

## ÍNDICE

	Folha
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
 <b>CAPÍTULO 1 - ASPECTOS GERAIS DO COMPORTAMENTO DE FUMAR</b>	
1 - <u>ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO CONSUMO DE TABACO</u> .....	16
2 - <u>TEORIAS EXPLICATIVAS DO COMPORTAMENTO DE FUMAR</u> .....	19
3 - <u>ASPECTOS GERAIS DA INTERVENÇÃO NO CONSUMO DE TABACO</u> .....	28
4 - <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u> .....	35
 <b>CAPÍTULO 2 - PERSPECTIVAS TEÓRICAS DA ATRIBUIÇÃO</b>	
1 - <u>TEORIA ATRIBUCIONAL</u> .....	37
1.1 - ORIGENS E SEUS PRECURSORES .....	38
1.2 - EXPLICAÇÕES EM TERMOS DE CAUSALIDADE .....	41
1.2.1 - Conceito de Esquema Causal .....	45
2 - <u>TEORIAS DA ATRIBUIÇÃO CAUSAL</u> .....	48
2.1 - ASPECTOS GERAIS .....	48
2.2 - TEORIAS CLÁSSICAS .....	50
2.2.1 - A Causalidade Fenomenológica e a Análise do Senso Comum da Acção .....	51
2.2.2 - Teoria da Inferência Correspondente .....	52
2.2.3 - Teoria da Covariância e Configuração .....	55
3 - <u>ATRIBUIÇÃO E HÁBITO DE FUMAR</u> .....	61
4 - <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u> .....	65

## **CAPÍTULO 3 - MATERIAL E MÉTODOS**

1 - <u>ESTUDO QUALITATIVO</u> .....	71
1.1 - ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS .....	71
1.2 - RESULTADOS DA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS .....	74
2 - <u>ELABORAÇÃO DA ESCALA DE ATITUDES</u> .....	77
2.1 - FORMULAÇÃO DOS ITENS .....	77
2.2 - CONSTRUÇÃO DA ESCALA .....	79
3 - <u>AMOSTRA E CONTEXTO DO ESTUDO</u> .....	79
4 - <u>PROCEDIMENTOS</u> .....	80
5 - <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u> .....	81

## **CAPÍTULO 4 - AVALIAÇÃO DAS QUALIDADES PSICOMÉTRICA DA ESCALA ATRIBUCIONAL**

1 - <u>DESCRIÇÃO DA AMOSTRA</u> .....	83
1.1 - PREVALÊNCIA DO HÁBITO DE FUMAR .....	84
1.2 - CARACTERÍSTICAS DO HÁBITO DE FUMAR .....	86
2 - <u>ANÁLISE E SELECÇÃO DOS ITENS DA ESCALA ATRIBUCIONAL</u> .....	92
3 - <u>FIDELIDADE DOS RESULTADOS</u> .....	94
4 - <u>VALIDADE DOS RESULTADOS</u> .....	98
4.1 - VALIDADE DO CONSTRUCTO .....	98
4.2 - VALIDADE PREDITIVA .....	102
5 - <u>DISCUSSÃO</u> .....	105

## **CAPÍTULO 5 - ANÁLISE DAS DIMENSÕES ATRIBUCIONAIS**

1 - <u>ANÁLISE FACTORIAL</u> .....	110
1.1 - DESIGNAÇÃO DAS DIMENSÕES ATRIBUCIONAIS .....	114
2 - <u>ANÁLISE DE COVARIÂNCIA DAS DIMENSÕES ATRIBUCIONAIS</u> .....	118
2.1 - ESQUEMA DE CAUSALIDADE .....	121
3 - <u>ANÁLISE DISCRIMINANTE DAS DIMENSÕES ATRIBUCIONAIS</u> .....	124
4 - <u>DISCUSSÃO</u> .....	125
<b>CONCLUSÕES FINAIS</b> .....	132
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	143
<b>ANEXOS</b> .....	153
Anexo I - Questionário sobre o comportamento de fumar .....	154
Anexo II - Versão final da escala de atribuições de causalidade do comportamento de fumar .....	158
Anexo III - Versão experimental da escala de etribuições de causalidade do comportamento de fumar .....	161
Anexo IV - Resumo da análise dos resultados das entrevistas .....	165

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios para distinguir entre habituação e adicção .....	25
Quadro 2 - Dimensões do hábito de fumar .....	27
Quadro 3 - Indicadores para medir a variável comportamental .....	70
Quadro 4 - Explicações sobre o consumo de tabaco dos sujeitos entrevistados .....	76
Quadro 5 - Distribuição numérica e percentual dos inquiridos segundo o sexo e estado civil .....	84
Quadro 6 - Prevalência do hábito de fumar segundo o sexo , estado civil e grupo profissional .....	86
Quadro 7 - Consumo de cigarros dia .....	87
Quadro 8 - Tempo de fumador em anos .....	87
Quadro 9 - Estatística descritiva das variáveis relacionadas com as tentativas de abandono do hábito de fumar .....	90
Quadro 10 - Estatística descritiva do tempo de fumador e de abstinência em anos ....	91
Quadro 11 - Análise de conjunto resultante do comando RELIABILITY .....	97
Quadro 12 - Análise de variância da atitude atribucional face ao comportamento de fumar .....	101
Quadro 13 - Análise de variância da atitude atribucional face à intenção em abandonar o hábito de fumar .....	104
Quadro 14 - Resumo da análise factorial - <i>Matriz rotada</i> .....	113
Quadro 15 - Resumo das dimensões atribucionais e respectivos itens .....	116
Quadro 16 - Análise de covariância das dimensões atribucionais com o comportamento de fumar .....	119
Quadro 17 - Análise de covariância das dimensões atribucionais com o comportamento de fumar- <i>resultados finais</i> .....	120
Quadro 18 - Análise discriminante das dimensões atribucionais .....	125

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Diagrama correlacional .....	123
----------------------------------------	-----

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Relação entre “tentativas prévias” e “intenção em deixar de fumar” .....	89
Gráfico 2 - Diferenças das atitudes atribucionais do comportamento de fumar .....	102

## INTRODUÇÃO

Desde os meados deste século que o consumo de tabaco tem constituído, para organizações governamentais e não-governamentais, uma preocupação central no sentido do seu controlo. É vastíssima a literatura sobre esta problemática e são inúmeras as recomendações dos riscos que o seu uso comporta para a saúde individual e colectiva. Por outro lado, os índices de consumo são muito elevados, pese embora em alguns países se tenha verificado um decréscimo razoável. Esta redução do consumo tem-se verificado particularmente entre os indivíduos do sexo masculino (Joossen, 1994).

Os profissionais de saúde, dada a sua função de educadores, do público em geral e em particular dos utilizadores dos serviços de saúde, têm uma importância fundamental se não mesmo decisiva para fazer baixar as taxas de prevalência de fumadores. Organizações como a OMS e UICC, destacam nos seus relatórios que é muito difícil reduzir o problema do tabagismo sem a ajuda efectiva dos profissionais de saúde (WHO, 1998 e UICC, 1993).

O combate ao consumo do tabaco tem sido largamente difundido em todo o mundo, sendo a OMS o organismo que mais se tem empenhado nessa luta. Na Europa, têm-se desenvolvido programas específicos para o efeito (como por exemplo o programa **“Europa Contra o Cancro” - 1985**), ficando a cargo dos profissionais de saúde em geral e em particular dos médicos e enfermeiros, a sua concretização. As entidades governamentais de cada País membro da União Europeia, têm desenvolvido esforços no sentido de desenvolver estratégias adequadas às suas características, para uma maior eficácia do plano de acção (CCE, 1988). Em Portugal, o Plano Oncológico Nacional 1990 - 1994 e 1995 - 1999 é um exemplo paradigmático (Conselho de Oncologia, 1995).

As investigações realizadas até ao momento têm permitido progressos sobre o conhecimento do tabagismo e formas de o combater. Por outro lado, as razões que levam os jovens a iniciar o consumo de tabaco têm sido também, objecto de muita investigação e estão largamente divulgadas.

Porém, pelo que se julga saber, existe uma zona de penumbra demarcada pela falta de conhecimento das razões que os profissionais de saúde fornecem para justificar o seu próprio comportamento. Pese embora, as altas taxas de consumo de tabaco entre eles, sejam bem conhecidas no seio da comunidade científica e até da sociedade em geral.

Não se conhecem no nosso país, estudos que procurem analisar as atribuições dos profissionais de saúde, sobre o comportamento de fumar. A investigação no âmbito da



teoria das atribuições é útil para inferir as causas do próprio comportamento ou do comportamento dos outros (Turner, 1994). A teoria das atribuições analisa como é que os indivíduos explicam as suas próprias acções e atitudes ou as acções e atitudes de outras pessoa (Hewstone, 1992).

O presente estudo, procura um enquadramento da teoria da atribuição de causalidade numa perspectiva cognitiva - "cognição social". A maioria dos trabalhos com dados sociopsicológicos versam, tal como refere Zajonc (1980), cit. por Hewstone (1992), aspectos como: juízos, crenças, atitudes e opiniões, e, consideram que as cognições envolvem a psicologia social ao nível da formulação do problema, tanto no âmbito metodológico como teórico. Porém, Hansen (1980), elabora uma formulação da teoria da atribuição na perspectiva cognitiva em que distingue três níveis:

- 1) **lógica causal**, que se refere aos conceitos como covariação e esquemas causais, os quais por sua vez permitem uma aproximação formal às explicações de sentido comum;
- 2) **processo atributivo**, que se refere especificamente ao processo cognitivo, e este, exige uma análise mais detalhada do modo como se fazem atribuições de causalidade;
- 3) **conteúdo causal**, que diz respeito aos conhecimentos, de que a pessoa faz uso para resolver problemas causais - este nível designa-se por estruturas de conhecimento.

Por razões de ordem metodológica, e, pelo quadro teórico que suporta este estudo, condicionadas por sua vez pelo factor tempo, procura-se uma aproximação à perspectiva lógica causal. Embora, ao nível interpretativo se estabeleçam ligações entre esta perspectiva e a referente ao conteúdo causal.

O processo atributivo é considerado, primariamente, como um processamento de informação no qual se estabelecem directamente relações de causa e efeito, colocando em destaque os aspectos puramente cognitivos e excluindo os aspectos sociais (Morales, 1994). Segundo o mesmo autor, são muitas as investigações que têm evidenciado a necessidade de considerar, na investigação atribucional, uma perspectiva de processamento da informação socializada, que se baseie em aprendizagens anteriores e formas de pensar que se transmitem através de processos de comunicação.

Kelley e Michela (1980), reconhecem que as pessoas realizam em muitas ocasiões, atribuições partindo de crenças prévias, o que simplifica bastante o processo atributivo. Davies (1993), refere que os relatos sobre o comportamento de fumar são muito influenciados quer por variáveis de natureza biológica, cognitiva, memória, motivação e crenças acerca do seu hábito de fumar ou do hábito de fumar dos outros.

Os preâmbulos que se acabam de referir, constituem o ponto de motivação e alimentam o pressuposto de que, os profissionais de saúde conhecem as consequências (de saúde individual e colectiva, de higiene pessoal e ambiental, sociais etc.), derivadas do uso do tabaco e que, as explicações que eles fornecem, têm uma base de aprendizagem social, relacional e intergrupar construída no passado. Portanto, as atribuições, são feitas a partir de crenças formadas, acerca do consumo de tabaco. Neste sentido, o que se procura nesta investigação, não é caracterizar o processo atributivo, mas antes proceder a esforços no sentido de desenvolver um quadro de análise capaz de explicar e justificar, o enquadramento deste estudo na teoria da atribuição causal.

Trata-se, através das explicações que os sujeitos fornecem, de encontrar um critério de medida, por meio do qual, seja possível inferir as atribuições de causalidade do comportamento de fumar. Dito de outra maneira, em que medida é que uma análise (estatística) à posteriori pode reflectir, com evidência científica, o modo como os indivíduos fazem atribuições e como as atitudes podem ser indicadores avaliativos das atribuições sobre o comportamento de fumar, na população em estudo.

A maioria dos autores, definem atitude como sendo uma “disposição individual para responder favorável ou desfavorávelmente a um objecto, instituição, ou evento, ou qualquer outro aspecto discriminável no mundo individual”(Ajzen, 1989, p.214 ; Olson, 1990). Podendo constituir objectos atitudinais, situações sociais, as pessoas e outros problemas sociais. A avaliação que se faz do objecto, significa o afecto que desperta, as emoções que mobiliza, a recordação emotiva, as experiências vividas e as crenças acerca do objecto (Ajzen, 1988; Morales et al, 1994).

Para Ajzen (1984), a disposição avaliativa face ao objecto, isto é, as respostas que as pessoas emitem são susceptíveis de uma classificação a três níveis: cognitivo, afectivo e a intenção para a acção. Qualquer uma destas componentes pode formar um subconjunto de um conjunto mais amplo - a atitude, sendo esta uma variável latente, não directamente observável.

De acordo com a perspectiva de Hansen (1980), atrás referida, os exemplos que a literatura refere sobre investigações no âmbito do processo atributivo, obdecem na sua grande maioria a planos de tipo experimental e não a planos correlacionais.

Dadas as limitações já referidas anteriormente, não é possível estabelecer-se uma ordem temporal entre as variáveis consideradas, nem proceder à sua manipulação; pelo que, se limita à aplicação do método transversal (Lakatos, 1988) - recolha dos dados sobre todas

as variáveis em simultâneo, pela utilização da técnica da entrevista e do inquérito. Nestas circunstâncias, a inferência causal fica limitada à aplicação do método estatístico (Bryman e Cramer, 1992). Contudo, para Hastie (1981), pode falar-se em inferência causal, quando procuramos encontrar a razão ou causa de um facto observado. Por exemplo, por que é que alguém não conseguiu fazer determinado trabalho se, aparentemente tinha muitas probabilidades de o fazer? Ele refere ainda que, o exemplo mais paradigmático deste tipo de inferências é proporcionado pelo processo de atribuição (Huici et al, 1994).

Esta é a orientação geral da teoria das atribuições (Jones et al, 1987). As atribuições dão resposta à pergunta: qual a causa do comportamento observável e quais as suas consequências? Também esta investigação tem como finalidade, encontrar a resposta para a pergunta: **porque é que os profissionais de saúde mantêm o consumo de tabaco? qual é a causa de tal comportamento?**

A tentativa de resposta a esta pergunta centra-se, tal como já referido, no âmbito da aplicação da teoria das atribuições e não em formulações atributivas. Na perspectiva de Jones (1985), é útil diferenciar entre teorias da atribuição - estas pretendem submeter a análise algumas hipóteses derivadas da teoria; isto, é o que se pretende fazer nesta investigação, e, planos atributivos - que se referem a investigações baseadas especificamente no modo como se processam e desenvolvem as atribuições (Hewstone, 1992).

Por tudo o que foi dito, o presente estudo foi concebido com o propósito de melhorar o nível de compreensão das causas que estão na origem da manutenção do hábito de fumar nos profissionais de saúde, num contexto específico - numa instituição vocacionada para o estudo, ensino, diagnóstico, tratamento e investigação de cancro; sendo o modelo de orientação geral e global, o método das diferenças atribucionais relativas à situação do atribuidor quanto ao consumo de tabaco (Hilton, 1995). E, com o objectivo central, ao qual se dará o máximo de atenção, de identificar e analisar as atribuições de causalidade do comportamento de fumar. A um nível mais específico, pretende-se validar uma escala atribucional e identificar as dimensões subjacentes; para a partir daqui se proceder à análise multivariada da relação entre as diferentes variáveis, procurando compreender o fenómeno da multicausalidade do comportamento de fumar na população em estudo, e, por último, ao estudo das diferenças atribucionais dos grupos em estudo.

Refere-se desde já, os termos chave desta investigação e que, por isso mesmo, serão os mais utilizados; contudo, a sua definição será feita ao longo do texto, no momento em que se considere oportuno.

Empregam-se as palavras, **comportamento de fumar**, para referir o acto em si. Contudo, esta variável estrutura-se em três grupos de sujeitos: os que, no momento da investigação, se consideram fumadores; aqueles que abandonaram o hábito, e, portanto, se vêm-se como indivíduos não fumadores (indivíduos ex-fumadores) e por último, os indivíduos que dizem nunca ter experimentado o hábito de fumar, (indivíduos não-fumadores).

A designação, **profissionais de saúde**, é utilizada para se referir o grupo profissional de médicos e enfermeiros, pese embora se saiba que a designação de profissionais de saúde inclui outros grupos profissionais.

Os termos **atribuições de causalidade**, referem-se às explicações que os sujeitos inquiridos fornecem, sobre o comportamento de fumar. A opinião dos sujeitos reflete as crenças e cognições acerca do consumo de tabaco. A relação causal será estabelecida pela análise do conjunto da informação, através de um processo inferencial.

A um nível muito geral, passa-se a referir a estrutura global deste estudo, procurando caracterizar sumariamente cada uma das partes que o constitui.

No primeiro capítulo, faz-se uma revisão da literatura acerca do hábito de fumar procurando um enquadramento teórico do tema, por forma a perceber-se, quais têm sido as motivações dos investigadores interessados por esta problemática e encontrar elementos justificativos para a realização deste estudo. Em primeiro lugar, abordam-se aspectos epidemiológicos do consumo de tabaco. Depois, procede-se a uma abordagem genérica sobre as formulações teóricas tradicionais relativas ao consumo de tabaco. De seguida, faz-se referência aos riscos para a saúde relacionados com o consumo de tabaco e o papel dos profissionais de saúde na sua prevenção e controlo. Por último, procura-se fornecer uma visão multifactorial do comportamento de fumar no contexto da problemática dos comportamentos adictivos.

O segundo capítulo é dedicado à teoria das atribuições; teoria de suporte desta investigação, começando por se fazer um breve resumo histórico acerca dos seus principais precursores, situando-os no espaço e no tempo por forma a estabelecer uma certa ordem cronológica. Num segundo momento, abordam-se os problemas que se levantam em redor da definição de causalidade e esquemas causais que têm orientado as teorias da atribuição de causalidade. Em terceiro lugar, enfatizam-se as teorias da atribuição causal mais utilizadas e divulgadas no seio da comunidade científica, dando especial importância à teoria da covariância e configuração (Kelley, 1967) por ser aquela que serve de fio condutor à

análise e interpretação dos resultados deste estudo. Por último, procede-se a uma tentativa de cruzar estas teorias com a problemática do hábito de fumar.

O terceiro capítulo é dedicado à descrição da metodologia global e dos procedimentos metodológicos adoptados para a concretização das diferentes fases da investigação. Procura-se justificar as opções metodológicas tomadas nas fases de planeamento, recolha de dados, análise e interpretação dos resultados, dando naturalmente ênfase ao modo como se construiu a escala atribucional sobre o comportamento de fumar, ao contexto e sujeitos da amostra.

No quarto capítulo, faz-se uma breve caracterização da amostra do estudo, da prevalência e de algumas características do hábito de fumar, dedicando uma atenção muito particular aos métodos e critérios utilizados para avaliar as qualidades psicométricas da escala atribucional.

No quinto e último capítulo, apresentam-se, num primeiro momento, os resultados da análise da estrutura factorial da escala. Num segundo momento, procede-se à análise de covariância pelo método ANOVA e ao estudo das correlações entre todas as variáveis em análise no sentido de estabelecer um plano de causalidade do comportamento de fumar. Depois, apresentam-se os resultados do estudo das diferenças atribucionais, através da análise discriminante. Por último discutem-se os resultados e apresentam-se as conclusões deste estudo.

## **CAPÍTULO 1 - ASPECTOS GERAIS DO COMPORTAMENTO DE FUMAR**

Procede-se neste capítulo, a uma abordagem geral desta problemática, por forma a tornar perceptível a importância de se desenvolverem estudos centrados no hábito de fumar em contextos e populações específicas. Em primeiro lugar, faz-se uma breve descrição sobre aspectos epidemiológicos do consumo de tabaco. Em segundo, referem-se estudos relacionados com uma perspectiva teórica unidimensional e de multicausalidade do hábito de fumar. Por último, abordam-se aspectos da intervenção no consumo de tabaco.

### **1 - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO CONSUMO DE TABACO**

Desde a década de 60 que, a proporção de indivíduos fumadores baixou consideravelmente, em quase todos os países desenvolvidos do mundo. Tal facto, apresenta-se aos olhos dos especialistas nesta área, como sendo uma das mais notáveis modificações do comportamento de saúde, até este momento verificado. De facto, foi nos finais da década de 70 que o declínio do hábito de fumar pareceu acelerar-se essencialmente nos adultos do sexo masculino. Os serviços de saúde, na época, encararam tal facto com satisfação, mas ao mesmo tempo com alguma perplexidade. Nada fazia prever que a obstinada persistência do hábito, no passado, pudesse repentinamente sofrer tal mudança. Para muitos, esta situação está ligada à recessão económica que ocorreu nessa época, verificando-se após uma quebra mais moderada, campanhas anti-tabágicas e a medidas legislativas mais restritivas (Granate, 1992).

No quadro do programa “Europa Contra o Cancro”, a Comissão das Comunidades Europeias realizou onze sondagens de opinião (cerca de 12.500 pessoas foram inquiridas) acerca do tabagismo entre o início do ano de 1984 e 1994. Os resultados revelaram uma ligeira descida nas percentagens dos fumadores nos países da União Europeia, após implementação do primeiro plano de acção contra o cancro (Joossens et al, 1994).

Dos estudos efectuados em países de três continentes (Ásia, América e Europa) verificou-se que, até ao final do ano 1985, todos os países estudados apresentaram realmente uma descida significativa nas taxas do uso de tabaco no homem, enquanto que para a mulher, para além dessas taxas descerem a ritmos substancialmente menores houve

países, como por exemplo a Noruega, onde o consumo de tabaco aumentou de 26% em 1965 para 39% em 1980 (Granate, 1992). Estes dados levantaram na altura, questões sobre as razões pelas quais as mulheres fumadoras têm mais dificuldade em deixar de fumar que os homens. No entanto, para além dos aspectos psicológicos e sociais ligados a este facto, deve ter-se cuidado ao interpretá-lo, uma vez que, como Jarvis (1984) demonstrou, na Grã-Bretanha por exemplo uma grande parte da taxa de sucesso no abandono do tabaco no homem é devida ao grande número de indivíduos que trocam o cigarro pelo cachimbo ou pelos charutos e continuam a ser considerados nas estatísticas oficiais como ex-fumadores. O mesmo não acontece com as mulheres. Elas abandonam, de facto, o hábito de fumar. Segundo o mesmo autor, existem apenas duas maneiras de se tornar ex-fumador: deixar de fumar ou morrer de uma doença causada pelo cigarro.

Nos Estados Unidos, a maior longevidade das mulheres relativamente aos homens, é devida à grande predominância, no passado, de fumadores do sexo masculino. Enquanto que o desnivelamento entre os sexos se reduziu, a diferença entre as classes sociais aumentou. Em muitos países, as profissões liberais e as de natureza (mais) intelectual foram as primeiras a tomar iniciativa de deixar de fumar, seguidas mais tarde pelos trabalhadores manuais e pelos grupos de salários mais baixos. Isto foi demonstrado num estudo de prevalência dos fumadores por sexo e grupos socio-económicos nas famílias Britânicas (Granate, 1992). Contudo, no momento actual, as diferenças entre as classes sociais tendem a reduzir-se.

A "atração" das mulheres pelo tabaco, verificada depois da 2ª guerra mundial, encontra algumas explicações no "stress" provocado pelos conflitos crescentes a nível doméstico e familiar, bem como a sua entrada em grande escala no "mundo" do trabalho. Longe vão os tempos em que fumar era próprio apenas dos ricos e dos indivíduos do sexo masculino. As diferenças sociais na prevalência de consumidores de tabaco sofreram flutuações importantes no decurso deste século. Hoje em dia, cresce a ideia de que é necessário estudos com objectivos que se coadunem com a especificidade dos contextos. O comportamento de fumar e o meio social são duas variáveis indissociáveis. Quando, por exemplo, os fumadores sentem que o meio que os rodeia se está a tornar hostil relativamente ao seu hábito, há uma certa predisposição para deixar de fumar. Nesta perspectiva, parece estarem envolvidos factores de natureza cognitiva (Kirscht et al, 1989).

Um estudo de Hunt e Madeod (1987) mostrou que o ambiente social pode pressionar o fumador e tornou evidente que as tentativas para parar são precedidas de um período de meditação e auto-conversão. Numa outra perspectiva, admite-se que a influência dos pais na adolescência pode ser considerada como um factor preditivo muito importante no consumo de tabaco. Por isso, admite-se que, também na idade adulta, o indivíduo pode ser influenciado pelo grupo de amigos no sentido da manutenção do hábito, como sinal de aceitação e identificação com o grupo em questão. Sabe-se que, manter o hábito de fumar no seio de uma família onde todos os seus membros fumam é mais fácil do que, quando por exemplo, apenas um dos cônjuges fuma (Norris, 1994).

Vários estudos têm sido feitos procurando conhecer ou explicar as motivações que levam à manutenção do hábito de fumar. Até agora, não se obtiveram explicações totalmente satisfatórias, reconhecendo-se apenas que se trata de um comportamento extremamente complexo, em que intervêm os factores mais diversificados, de ordem social, farmaco-biológica, psicológica, etc.

Os sociólogos, referem-se a influências culturais, tradições regionais, ambiente social, profissional, e família, e, vêem o acto de fumar como um comportamento padrão de dependência social (Voss, 1992). Alguns destes aspectos são confirmados pela distribuição de fumadores e não-fumadores por sexo e estrato social, emprego e conhecimentos. Ainda hoje, de uma maneira geral, os homens são fumadores em maior número que as mulheres; utilizam formas de fumar diversificadas; cigarros manufacturados, com ou sem filtro, cigarros enrolados à mão, cachimbo, charuto e cigarrilhas. Pelo contrário, as mulheres, praticamente só fumam cigarros manufacturados e quase sempre com filtro.

A tendência, a nível mundial do consumo do tabaco, é de aumentar nos países em desenvolvimento (em média cerca de 50% dos homens fumam) e de diminuir nos países industrializados (apenas 41% dos homens fumam). Os homens fumam um maior número de cigarros por dia e inalam mais o fumo. Porém, existe um maior número de ex-fumadores entre o sexo masculino do que entre o sexo feminino (O.M.S, 1995).

Alguns estudos revelam que as pessoas de baixo estatuto e residentes nas cidades fumam mais; que os profissionais (indivíduos com carreira) e pessoas dos média fumam mais cigarros que outros (Fumadores pesados); que o cachimbo é geralmente preferido em certos meios, e que o cigarro tem mais uma distribuição social local; há também a experiência de que um aparentemente bem estabelecido hábito de fumar pode ser alterado



se, a situação de vida do fumador mudar drasticamente. Tal poderá ocorrer por exemplo, quando se verifica um casamento com um não-fumador, ou mudança para um ambiente de emprego onde não é permitido fumar ou uma conversão a determinada religião.

## **2 - TEORIAS EXPLICATIVAS DO COMPORTAMENTO DE FUMAR**

Pretende-se neste ponto, especificar algumas perspectivas teóricas que estudaram o comportamento de fumar sob um modelo de análise univariado, como por exemplo: teoria da dependência à nicotina, teoria psicanalítica, teoria centrada no papel da personalidade e teoria da decisão racional; e a perspectiva multidimensional, enquadrada no âmbito dos comportamentos adictivos.

### **Perspectiva unidimensional**

Alguns autores consideram o hábito de fumar uma toxicomania, do mesmo nível que o hábito da droga. Outros falam deste hábito como um processo que vai ganhando consistência no tempo. Trata-se portanto de um hábito profundamente enraizado no indivíduo. Contudo, todos os precursores da teoria da dependência defendem que é a nicotina que explica a persistência no hábito.

Um dos autores que mais contestou a teoria da dependência foi M. A. Russell (1971). Este autor considerou que o uso do tabaco é provavelmente uma forma auto-gratificante ligada a um objecto susceptível de criar dependência (Russell, 1971). De facto, a explicação da razão pela qual as pessoas continuam a fumar, fundamentada exclusivamente na dependência à nicotina, parece ser, na opinião do mesmo autor uma resposta cómoda (Russell et al, 1979).

Porém as explicações dadas pelos indivíduos fumadores, fazem com que a teoria da dependência à nicotina seja convincente. Foi já na década de 80 que apareceram teorias, no sentido de se perceber melhor o processo pelo qual os indivíduos conseguem controlar a acção da nicotina ao nível do sistema nervoso. Essa acção é descrita como uma acção bio-física em que o indivíduo pode controlar o consumo, de modo a produzir uma estimulação

para combater por exemplo a apatia mental ou para produzir uma acalmia, reduzindo o "stress". Assim, a forma como se fuma é determinante no efeito que o tabaco provoca no indivíduo. Os fumadores aprendem a lidar com este instrumento psicológico para manter o seu equilíbrio emocional, independentemente do prejuízo que lhes possa causar (Ashton e Stepney, 1982; cit. Granate, 1992.).

Um estudo realizado por Hunt e seus colaboradores refere que, a comparação das taxas de recidiva dos doentes que interrompem o hábito de fumar sugere que o tabaco causa tanta dependência como a heroína (Hunt et al, 1971, pp. 455 - 456). A nicotina é a substância que torna o fumador fisicamente dependente. A elevada frequência, regularidade e persistência do comportamento de fumar, bem como, aspectos condicionantes (por exemplo, a sensação de recompensa, a associação do tabaco com outros acontecimentos agradáveis como comer, beber, relaxar e estar em sociedade) são alguns dos factores que explicam a dependência psicológica (Norris, 1994).

Alguns autores consideram que deixar de fumar não é um acto único; é um processo que se inicia quando o fumador começa a questionar o seu hábito, mesmo se não tenciona ainda deixar de fumar, e se desenvolve com a intenção e tentativas de abandono do hábito de fumar (Deakins, 1992; Norris, 1994). Esta linha de investigação baseia-se no pressuposto de que, antes de tentar ajudar o fumador a abandonar o hábito, é preciso saber em que ponto do processo (de abandono) ele se encontra. Segundo Deakins (1992), os fumadores podem ter um desejo verdadeiro de abandonar o seu hábito, mas, o êxito depende da ajuda e apoio que lhes for dado.

A teoria da dependência à nicotina cria, de facto, grandes dificuldades á educação para a saúde. Sabe-se que um grande número de indivíduos fumadores referem que preferiam não o ser e relatam as suas tentativas falhadas em deixar de fumar. Referem que o acto de fumar não lhes dá realmente prazer, mas encaram a hipótese de deixar de fumar com muitas reservas e ansiedade. Alguns fumadores recaem, mesmo depois de terem doenças provocadas pelo tabaco. Neste sentido, esta teoria não consegue explicar porque é que milhões de pessoas deixaram de fumar sem recorrer a qualquer terapia. Portanto, parece não ser muito credível que o poder que é atribuído à nicotina para produzir dependência, desapareça misteriosamente num curto espaço de tempo. Por outro lado, a justificação do hábito de fumar pela dependência à nicotina torna-se reducionista, em termos de intervenção terapêutica. Em relação aos fumadores fornece aos fumadores uma explicação

simplista do seu próprio comportamento, que de algum modo os exime das responsabilidades no abandono do hábito de fumar.

Os autores psicanalistas têm fornecido contributos para a compreensão do acto de fumar numa perspectiva que ultrapassa o plano da racionalidade. Eles sublinham que, mesmo que o tabaco não provocasse qualquer tipo de doença, o hábito de fumar não poderia deixar de parecer uma coisa estranha, para quem não estiver com ele familiarizado. A prática de inalar o fumo de uma matéria vegetal em combustão, gastando para isso uma parte importante do seu salário, não é um acto racional. Os psicanalistas atribuem este tipo de comportamento irracional, a conflitos recalcados na infância (Granate, 1992). Neste sentido, o acto de fumar estaria provavelmente ligado a formas de "oralidade" irresistíveis, as quais desempenham um papel importante em outras formas de procura do prazer.

Esta teoria veio desenvolver uma dicotomia de interesses. Por um lado as agências publicitárias a tirarem dividendos dela, para promover os seus produtos; por outro, as instituições de saúde a acolherem-na com algum cepticismo, reforçado no tempo, pela falta de resultados, de estudos empíricos, que verificassem tal relação (O.M.S., 1979).

Contudo, uma contribuição importante da teoria psicanalítica continua válida. Uma grande percentagem de fumadores referem-se ao acto de fumar, como uma fonte rica de prazer (Cutillas, 1987).

Outra linha de investigação, refere-se ao papel da personalidade de cada indivíduo na predisposição para se tornar e manter fumador. Esta forma de explicar o problema opunha-se claramente à teoria psicanalítica, partindo da premissa de que, não era o tabaco em si causador da doença, mas antes, o hábito de fumar e a doença partilhavam uma origem comum (Eysenk, 1983; cit. Granate, 1992). Eysenk, baseado na ideia de que, o indivíduo tinha uma predisposição genética para contrair a doença (como por exemplo o cancro), evoca dados que demonstram uma frequência mais elevada da doença entre os membros mais próximos da mesma família, comparando-os com o grupo de controle. Mostra-se o paralelismo mais evidente entre os hábitos tabágicos de gémeos verdadeiros do que entre os falsos gémeos. A causa desta predisposição seria um conjunto de traços hereditários da personalidade, centrados em volta de uma única característica: a extroversão.

Os extrovertidos procuram as sensações e têm necessidade de provocar o meio que os rodeia para obter estímulos fortes. Isto explicaria, porque é que eles procuram a gratificação instantânea do cigarro. Os testes de personalidade serviram como base de

diagnóstico para tentar fazer a distinção entre fumadores e não fumadores. Em média os indivíduos fumadores apresentam níveis mais fracos de integração e de estabilidade emocional e afectiva; um gosto mais acentuado pela novidade, espontaneidade e risco; e menor auto-confiança e auto-controle quando comparados com os indivíduos não fumadores.

Se o hábito de fumar resultasse de um síndrome constante de personalidade, teríamos que aceitar que grande parte dos indivíduos que deixaram de fumar, o fizeram por alteração da personalidade. Esta análise indica-nos as possíveis lacunas deste tipo de investigação (Granate, 1992).

Alguns autores começaram a impor-se neste domínio, defendendo que os comportamentos das pessoas, incluindo o hábito de fumar, não variam com os diversos tipos de necessidades inatas ou adquiridas, nem com os traços de personalidade, nem com a manipulação de esquemas de recompensa por mais habituais que estes sejam. Cada pessoa avalia as questões por si própria, tentando encontrar as possíveis consequências da tomada de decisão. Isto não significa que as pessoas tomem sempre as decisões que lhes são mais favoráveis (Iglesias, 1993). As decisões são intuitivas, subjectivas e por conseguinte as pessoas correm o risco de se enganar. Mas, fumar, é um comportamento assumido e preferencial do indivíduo fumador. Este ponto de vista, opõe-se ao modelo médico, que reduz o estudo do comportamento do fumador à dependência à nicotina.

Para fazer face a este problema, desenvolveu-se uma linha de investigação, visando obter uma nova compreensão do comportamento do fumador ou não fumador, como escolha consciente e racional. Esta nova forma de olhar para o problema, foi inspirada, em parte, pela teoria da acção planeada de Fishbein e Ajzens (1975), que considera o comportamento de fumar nitidamente no âmbito do controle das intenções pessoais, tal como qualquer outro tipo de comportamento que implique o exercício de uma escolha racional (Morales et al, 1994).

Na verdade, cada indivíduo faz aquilo que tem na intenção de fazer. As intenções são medidas pelas atitudes, não pelo tipo de atitudes que se medem em inquérito de opinião, mas por um tipo de atitudes muito específico, baseado sobre aquilo que a pessoa pensa que serão as consequências da escolha desta ou daquela opção. Essas atitudes são modeladas por sua vez, pelo contexto social ou familiar e político onde emergem, e por um processo

de aprendizagem social, explicado pelos autores que se apoiam nas teorias de Albert Bandura (Iglesias, 1993).

Parece claro que, se se quiser explicar porque é que os ex-fumadores recaem, a dependência à nicotina é um argumento válido. Mas o que se pretende explicar é, porque é que os fumadores mantêm este hábito, ou por outras palavras porque é que não deixam de fumar. De facto, o verdadeiro objectivo da educação para a saúde é a mudança de comportamentos, quando eles são negativos. A educação para a saúde baseia-se na ideia de que é possível, através da informação, modificar o comportamento de fumar (Vuori e Zurro, 1994).

### **Perspectiva multidimensional**

Pretende-se nesta secção desenvolver uma conceptualização do consumo de tabaco em termos de multicausalidade.

Até há poucos anos atrás, pensava-se que, problemas como: o alcoolismo, a obesidade, o acto de fumar e o abuso de drogas eram relativamente independentes. Diversas conceptualizações indicam semelhanças interessantes entre estes comportamentos que, colectivamente se tornaram conhecidas por comportamentos adictivos (Mennies, 1983). Tudo envolve alguma forma de indulgência por tempo curto de prazer e satisfação à custa de um longo período de efeitos adversos (Miller, 1983); riscos para a saúde, expressos primariamente num aumento de probabilidade do aparecimento de doenças crónicas.

O custo social dos comportamentos adictivos, para a pessoa e para o público em geral (exemplos: cuidados de saúde, controlo de tráfico, crime, morbilidade, etc.), são enormes se não mesmos incomensuráveis. Outro aspecto comum nos comportamentos adictivos é que em cada caso, segundo Miller (1983), não há um modelo claro e único de tratamento, que tenha demonstrado eficácia superior.

Outra característica comum nos comportamentos adictivos, é a falta de singularidade, simplicidade, e modelo de etiologia que satisfaça sob o ponto de vista científico. Como começa o problema e se desenvolve? Haverá personalidades típicas de fumadores ou obesos? São perguntas que ainda não estão claramente explicadas.

A “teoria de comportamentos adictivos”, só é compreensível se admitida como multivariada, tendo em conta a multiplicidade de factores causais. Predisposições hereditárias, fisiologia da adicção, expectativas cognitivas, padrões de aprendizagem social; são factores que influenciam o uso e abuso das substâncias de modo importante. Talvez o aspecto mais comum entre os vários comportamentos adictivos é a dificuldade de definir uma intervenção terapeutica única e efectiva. Os “comportamentos adictivos” formam um puzzle que exige muita investigação (Miller, 1983).

As formulações teorico tradicionais relativas à etiologia de “problemas de comportamento”, incluindo a adicção têm seguido o que se pode chamar de aproximação univariada. Teorias sobre as causas e consequências enfatizaram particularmente a perspectiva biológica, psicológica e sociocultural. Contudo, tornou-se cada vez mais evidente, que “problemas de comportamento”, são determinados por factores mais complexos, inter-activos e multivariados, do que se conhecia anteriormente (Hunghe,1989; Miller,1983). Nas últimas duas décadas tem havido a tendência para conceptualizar a adicção numa perspectiva multidimensional baseada na aprendizagem. Tal perspectiva enfatiza o modelo de aprendizagem do comportamento com especial atenção para as influências sociais e ambientais (na aprendizagem).

Mais recentemente, Marlatt cit. Hunghe (1989), combinou os princípios da teoria da aprendizagem social, psicologia cognitiva e psicologia social experimental para formular o que chama de “modelo de comportamento adictivo”. A sua perspectiva difere de muitas outras, uma vez que não considera os individuos como vítimas, criminosos, ou individuos com falta de força de vontade, mas antes como pessoas que adquiriram o hábito através de processos de aprendizagem. Os comportamentos adictivos são conceptualizados no âmbito de um continuum de uso ou de prática. Evoluem desde o não uso da droga, até a um padrão de uso moderado culminando no uso excessivo da substância. Os investigadores, que adoptam esta perspectiva, estão particularmente interessados em estudar determinantes dos hábitos adictivos, incluindo antecedentes situacionais e ambientais, crenças e expectativas, história familiar dos individuos, e experiências anteriores com a substância ou actividade. Há também um interesse em descobrir as consequências desses comportamentos, para melhor entender os efeitos de reforço que podem contribuir para aumentar o uso e consequências negativas, tendo em vista a inibição do comportamento (Hunghe,1989).

Os autores que descrevem a função do comportamento adictivo referem que o uso de uma substância ou comportamento, resulta por norma, em redução temporária do stress e ansiedade; sentimento temporário de poder e bem-estar; evita sentimentos e intimidades com os outros; evita problemas de vida; reduz o nível de estimulação ou stress (Riley,1991).

O quadro que se segue, resume alguns tópicos de distinguibilidade entre habituação e adicção no contexto do uso de drogas onde se inclui o tabaco.

**Quadro 1 - Critérios para distinguir entre habituação e adicção**

ITENS	HABITUAÇÃO	ADICÇÃO
- Querer	+	+
- Liberdade de escolha	+	-
- Dependência psicológica	+	+
- Dependência física	-	+
- Aumento tolerância	-	+
- Gradação da dosagem	-	+
. Desejo ardente	-	+
. Afastamento	-	+
- Deterioração moral	-	+
- Redução intelectual	-	+
- Dissolução mental	-	+
- Rutura social	-	+

**Fonte:** Voss, Tague (1992) - Smoking Common Sense p.92

Como já anteriormente se referiu, a resposta à pergunta: “porque é que as pessoas fumam?” tem despertado interesse por vários investigadores e a diferentes níveis.

A literatura neste domínio é imprecisa. Porém um número de efeitos particulares têm sido encontrados, cada um dos quais, pode ser um argumento para fumar: electro-fisiológico, psico-social, hereditário e neuro-químico(Voss,1992)..

De facto é difícil estabelecer a natureza dos diversos factores etiológicos intervenientes.

Alguns autores distinguem duas categorias de factores que intervêm no hábito de fumar; os motivos ou razões para a iniciação e aqueles que intervêm no processo de manutenção do consumo de tabaco. Por outro lado distinguem-se os factores internos (individuais ou pessoais) dos externos (sociais e ambientais).

As investigações de Russel e Cols (1974), explicam a dependência do fumo do cigarro com base nos princípios da teoria da aprendizagem e as propriedades de reforço da nicotina. Foram valorizadas diferentes interações de recompensas: sociais, psicológicas, farmacológicas e motivações que determinam quer o início quer a manutenção do consumo de tabaco.

No que se refere à dimensão “manutenção do consumo de tabaco” os resultados obtidos, são resumidos em quatro categorias: a) fumar como um calmante; b) fumar como um estimulante; c) fumar como um hábito e por último; d) fumar como um exercício automático. Estes resultados, não rejeitam a possibilidade, de cada fumador poder apresentar um variado perfil relativamente às diferentes dimensões e não apenas para uma qualquer delas isoladamente. Muito embora, cada fumador possa ter uma forma predominante de o fazer.

O quadro 2, relaciona essas categorias com as motivações dos indivíduos, com o tipo de pessoas em que essas motivações são mais frequentes e os efeitos da nicotina.



**Quadro 2 - Dimensões do hábito de fumar**

CATEGORIAS	MOTIVAÇÕES	POPULAÇÃO	EFEITOS DA NICOTINA
<b>Fumar como calmante</b>	* Aliviar ou tranquilizar estados desagradáveis de ansiedade ou de tensão.	* Mulheres * Pessoas tensas e nervosas	* A satisfação oral e a ocupação das mãos, parece que são mais responsáveis que a acção da nicotina
<b>Fumar como estimulante</b>	* Actividade e ocupação (pensar, concentrar-se, diminuir a fadiga, superar o stres.	* Fumadores habituais e automáticos	* Elevada ingestão de nicotina, inalação profunda e elevado consumo.
<b>Fumar como um hábito</b>	* Evitar ou aliviar os sintomas desagradáveis da privação.	* Fumadores que não conseguem estar mais de 20 a 30 minutos sem fumar.	* As situações externas influenciam pouco a frequência de fumar. * Para manter um nível óptimo no cérebro, começa-se a fumar após o despertar.
<b>Fumar automático</b>	* O acto é quase inconsciente. * Consciencia aguda de fumar sempre que não se pode conseguir um cigarro.	* Fumadores que acendem um cigarro após outro.	* A dependência à nicotina provoca efeitos semelhantes ao tipo de fumar como um hábito e como estimulante.

Fonte: Russell e cols, 1974

Cutillas et al (1987), resumem os factores que influenciam as motivações dos fumadores para deixar de fumar: pressão social e publicidade; ingestão de álcool associada ao consumo de tabaco (o álcool diminui a capacidade de autocontrolo); dependência fisiológica (aparecimento de problemas relacionados com a abstinência ao tabaco); perda de peso (o tabaco favorece a perda de apetite) e situações stressantes. Os mesmos autores, resumem as motivações para manter um período prolongado ou definitivo de abstinência, em duas situações: o medo dos efeitos nocivos na sua saúde e dos seus familiares e o desejo em realizar uma actividade incompatível com o fumo do cigarro (por exemplo, desporto). Portanto, para que possa existir um abandono efectivo do hábito de fumar os motivos devem ser suficientemente fortes e vivenciados como mais gratificantes que os “benefícios” imediatos do consumo de tabaco.

A relação de uma pessoa com qualquer substância, seja comida, bebida ou droga é baseada primariamente no desejo de a ter. A dependência psicológica pode ter origem no desejo de usar a substância, e, de a deixar se o indivíduo não se sentir obrigado a consumi-la. Contudo, esta dependência influenciará o desempenho do trabalho, e a falta da substância poderá influenciar o nível de performance individual.

Aqueles que estão habituados a altas doses de uma substância, ficam ansiosos quando se vêm, súbitamente, privados dela. Têm medo dos sintomas, quer físicos quer psicológicos, que podem aparecer. É o medo destas reacções que conduz o toxicodependente a tentar e a procurar a substância a qualquer preço. A exigência física de manter a "normalidade", resulta num intenso desejo da substância, "*craving*"; e este, eventualmente, resulta no desrespeito pela lei, para "financiar" a sua adicção: assalto, furto e exibição. Esta mudança moral é muitas vezes acompanhada por mudanças de carácter com perda do estatuto social. É uma concepção comum que, esta sequência é causada por substâncias particulares. Mas elas não têm um poder diabólico em si mesmas. Muitas pessoas que consomem álcool não se tornam dependentes. Muitos doentes que tomam drogas potentes (exemplos: drogas para as dores no pós-operatório) não se tornam dependentes. A adicção é uma função de reacção de certas pessoas a situações específicas (Voss, 1992).

### **3 - ASPECTOS GERAIS DA INTERVENÇÃO NO CONSUMO DE TABACO**

A maioria dos países de todo o mundo, orientados pelas recomendações da OMS, estão dispostos a combater o tabagismo.

Desde a década de 50 que se conhece cientificamente a relação existente entre o consumo de tabaco e o cancro do pulmão. Porém, desde 1912 que essa ligação é estabelecida (Franklin, 1992).

Na actualidade, a literatura sobre o assunto é muito ampla; as entidades sanitárias e comunidades científicas de todo o mundo (UICC, OMS, U.E), reconhecem e procuram divulgar os prejuizos para a saúde individual e colectiva e os custos sociais directos ou indirectos que o tabaco comporta.

O tabaco (nas suas diversas formas) produz 30% de todos os tumores malignos e 85% dos cancros do pulmão e, uma série de problemas de saúde, tais como doenças broncopulmonares, cardiopatias e outras (Fielding, 1985). O risco de contrair um cancro do pulmão é 10.8 vezes superior para os indivíduos fumadores relativamente aos não-fumadores; por outro lado, o fumador tem o dobro da probabilidade de morrer antes dos 65 anos que um não-fumador, embora estes indicadores tenham relação com o número de cigarros fumados-dia, a idade da iniciação do hábito e o grau de inalação do fumo (OMS, 1979). Também foi demonstrado, que os ex-fumadores têm uma mortalidade mais baixa do que os fumadores e à medida que aumenta o tempo de abstinência mais se aproximam as taxas de mortalidade (Cutillas et al, 1987).

Na década de 70 a OMS, afirma que as doenças relacionadas com o consumo de tabaco constituem, nos países desenvolvidos, causas tão importantes de incapacidade para o trabalho, mortes prematuras e outras, que as campanhas anti-tabágicas poderiam ser mais uteis para melhorar a saúde de uma comunidade que qualquer outro programa preventivo (OMS, 1974). Neste sentido, em 1984 a mesma organização, define o tabaco como uma substância claramente produtora de dependência, capaz de provocar graves problemas para a saúde; considerando-o, mesmo, um problema de saúde pública. Com enorme peso sócio-económico, representado pelo absentismo laboral, a procura excessiva dos serviços de saúde e a perda de capacidades físicas e intelectuais progressivas, passando pelas implicações que pode ter na grávida e para os fumadores passivos.

Os dados recentes mostram que os riscos para a saúde derivados do consumo de tabaco, são muito maiores do que se pensava. Em todos os grupos etários, salvo na infância, a taxa de mortalidade dos fumadores é cerca de três vezes superior à dos não-fumadores. O risco de um fumador morrer, por causas directamente relacionadas com o tabaco é igual ao conjunto de todas as outras causas potenciais de óbito (O.M.S, 1995).

As mulheres estão sujeitas aos mesmos efeitos nocivos que se verificam nos homens. As taxas de cancro do pulmão, por idades, permaneceram constantes entre 1960 e 1980 nas mulheres não fumadoras (Granate, 1990). O aumento do número de mortes por cancro do pulmão nas mulheres, relacionado com o acréscimo do número de fumadoras, constitui um importante problema de saúde pública, que é necessário enfrentar desde já.

Um relatório do *European Bureau for Action on Smoking Prevention*, de um estudo realizado no âmbito do programa "Europa Contra o Cancro" sobre o hábito de fumar na

mulher, refere que a tendência para a diminuição do tabagismo a nível Europeu é devida, apenas, à diminuição do consumo de tabaco entre os homens (Joossens et al, 1994).

Diversos estudos têm demonstrado que mulheres fumadoras durante o período de gravidez, tem filhos com baixo peso e maior probabilidade de aborto, relativamente às não-fumadoras (Cutillas et al, 1987).

O hábito de fumar, proporciona enormes lucros, aos governos e às indústrias do tabaco e acaba por vitimar os consumidores, precisamente no período de vida que corresponde à sua reforma. Os fumadores têm elevados níveis de morbilidade e mortalidade. A morbilidade provoca elevados índices de absentismo ao trabalho. Por outro lado, a assistência a indivíduos, com patologia relacionada com o uso do tabaco, utiliza recursos de saúde limitados (Gordon, 1994).

Os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) devem assumir a responsabilidade que lhes cabe na luta contra aquilo que já foi considerada a epidemia do século, o tabagismo. Devem desenvolver um comportamento modelo enquanto educadores sanitários sobre o consumo de tabaco; fazendo esforços no sentido de evitar informações duvidosas sobre os perigos que tal hábito constitui para a saúde dos indivíduos (OMS, 1985). No entanto, um estudo realizado em Espanha no sentido de avaliar as diferenças de atitudes face ao consumo de tabaco, entre profissionais de saúde e docentes, revela que os profissionais de saúde são mais permissivos em relação a si mesmos e aos outros que o pessoal docente. Os docentes assumem com maior responsabilidade o seu papel de pessoas com alto significado social, sendo menos permissivos em relação consumo de tabaco entre os seus alunos que os profissionais de saúde com os seus doentes (Ochoa, 1990).

Um estudo recente, realizado em Portugal, revela que os médicos de família, não consideram importante o seu exemplo de não-fumador como forma de ajudar os outros (Sá, 1994). Pese embora estes resultados e, na opinião deste autor, o papel de modelo do médico, pode constituir um dos principais agentes de mudança de comportamentos das populações, porque a sua actuação junto do indivíduo fumador será de maior eficácia.

Embora não existam no nosso país, estudos que mostrem se isso também acontece com os enfermeiros; investigações realizadas noutros países indicam que há semelhanças entre médicos e enfermeiros relativamente a atitudes e comportamentos face ao consumo de tabaco (Llivina, 1986).

Os resultados de um estudo, levado a cabo nos Estados Unidos da América com indivíduos fumadores, com mais de 18 anos de idade, revelam que apenas 28% dos indivíduos foram advertidos dos malefícios do tabaco na sua ida ao médico pela primeira vez, 36% dos que tinham ido ao médico 2 ou 3 vezes e 46% os que tinham ido mais de 4 vezes (Giovino et al, 1993).

No entanto, estudos recentes confirmam que a única estratégia efectiva para o controlo do cancro do pulmão é a prevenção primária, com a eliminação do consumo de tabaco (Miller, 1991); cada comunidade, objecto de uma campanha anti-tabágica deve ser tratada de modo individualizada, a partir de um conjunto de variáveis: sexo, raça, idade, estado civil e nível sócio-económico. Só assim se poderão usar os meios adequados e a argumentação e mensagens preventivas correctas.

A luta contra o tabagismo passa pela consciencialização de que o tabaco faz mal à saúde; levar os indivíduos a acreditar que são capazes de abandonar o hábito e que o farão para sempre, deve ser um objectivo da educação para a saúde (Varela, 1993). Contudo, um estudo realizado com médicos, num curso de pós-graduação, refere que isto não é suficiente. Os médicos (estudados), acreditam que o acto de fumar é responsável por 85% dos cancros do pulmão e 82% dos cancros da laringe. E, médicos fumadores e não-fumadores, são de opinião que, parar de fumar ou não fumar, poderia diminuir o risco de cancro do pulmão entre 50-70% dos casos. Porém, a percentagem de fumadores encontrada foi muito elevada, 43% no sexo masculino e 27%, no feminino (Polyzos, 1995).

Tem sido demonstrado por vários investigadores, que o exito de qualquer tratamento, com a finalidade de promover o sucesso no processo de deixar de fumar, depende em primeiro lugar do desejo de o individuo fumador o fazer (OMS,1979).

O pessoal de saúde, tem no desempenho das suas funções, oportunidades únicas para fazer passar determinadas mensagens que poderiam ter um impacto verdadeiramente positivo na mudança de atitudes dos indivíduos fumadores. Através da entrevista pessoal e directa, médicos e enfermeiros devem aconselhar o fumador a consciencializar os problemas para a saúde desses indivíduos, derivados do fumo do cigarro. Por outro lado este tipo de intervenção pode ser ajudada por outros membros da comunidade e entidades se, também eles, estiverem devidamente esclarecidos sobre o problema. A O.M.S., revela que um dos problemas de grande visibilidade social e, que tem prejudicado os resultados da educação para

a saúde, é o facto de autoridades responsáveis pela protecção e promoção da saúde, subestimarem fortemente os perigos do tabaco (O.M.S., 1995).

A demonstração inequívoca dos benefícios obtidos pelo abandono do consumo de tabaco deve ser uma estratégia a adoptar por todos aqueles que tem responsabilidades na área da educação e promoção do bem-estar e da saúde das populações. Esta forma de abordar o problema pode ser tanto mais eficaz quanto mais se levar o indivíduo a experimentar a situação de não-fumador (Schwartz, 1992). Este autor, descreve três etapas no processo de deixar de fumar: a) fase de preparação, em que se procura motivar o indivíduo para abandonar o hábito de fumar e a ter confiança em si mesmo para ter êxito em consegui-lo; b) fase de intervenção, que pode passar pela abstinência completa ao uso do cigarro; c) ajuda e apoio por parte dos amigos, familiares e outros ou simplesmente ajudar o indivíduo a tomar plena consciência dos problemas que o tabaco provoca na sua saúde.

Múltiplos factores interferem no processo de abandono do hábito; profissionais de saúde, desenvolvem a sua actividade com a convicção de que, o tabaco é prejudicial para a saúde, procurando delinear estratégias (sempre que podem) de prevenção. No entanto, para a maioria dos fumadores estes esforços não são bem aceites, ignorando pura e simplesmente aquilo que outras pessoas tentam fazer em seu benefício.

Porém, o consumo de tabaco entre os próprios profissionais de saúde atinge índices inaceitáveis, contrariando os mais elementares princípios da promoção da saúde. Um trabalho de investigação realizado na Suécia com estudantes de medicina, com o objectivo de avaliar a amplitude do hábito de fumar e atitudes relativas ao consumo de tabaco na profissão médica, mostrou que, o consumo de tabaco ocorre com mais frequência entre os estudantes com maior stress e que, a taxa de prevalência foi menor que a da população em geral. A investigação mostrou que, 36% dos fumadores consideraram que fumar é uma ocupação normal do médico em contraste com 64% dos não fumadores. O resultado principal das análises, foi o de que, fumadores e não fumadores, assemelham-se socialmente e o comportamento saudável é respeitado pela maioria dos indivíduos (Laegestuderendes, 1991).

Um estudo realizado em Portugal, nos Hospitais da Universidade de Coimbra em 1985, refere que a taxa de fumadores entre os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e pessoal administrativo) foi de 42%, superior à taxa da população com mais de quinze anos de idade (22%), para o mesmo ano (Cordeiro, 1988).

Outro estudo sobre o hábito de fumar nos médicos de família portugueses, refere que a taxa de fumadores nesta população foi de 35%, sendo um maior número de fumadores do sexo masculino (Sá, 1994). No mesmo estudo, a protecção da saúde foi a principal razão evocada pelos médicos para não fumar. Por outro lado, dar o exemplo aos outros e a pressão social (amigos e família) foram as razões às quais atribuíram menor importância.

Face a este conjunto de informações cabe perguntar: qual a taxa de prevalência de consumo de tabaco na população em estudo? que motivos apresentam os indivíduos ex-fumadores para terem deixado de fumar?

Médicos e enfermeiros reconhecem o consumo de tabaco como uma importante causa de morte, susceptível de ser prevenida, mas continuam a fumar. Porque será que isto acontece?

Algumas pessoas já tentaram deixar de fumar. As razões pelas quais mantêm o hábito, apontam para dois princípios fundamentais: O stress no trabalho ou em casa e sintomas de abstinência demasiado intensos e prolongados (Gordon, 1994). Segundo este autor, em média são precisas três tentativas para deixar de fumar, pelo que é preferível não falar de insucessos. Qual será o número médio de tentativas feitas pelos sujeitos em estudo?

O profissional de saúde terá o dever de o encorajar a encarar a situação como um processo de aprendizagem. Isto fará com que o indivíduo na próxima vez, conheça melhor o problema, expô-lo-á, e, estará melhor preparado para o enfrentar.

Gordon considera que, expressões como: "Todos temos de morrer mais cedo ou mais tarde" são uma forma (dos fumadores) de racionalização dos malefícios do tabaco. Segundo o mesmo autor os profissionais de saúde devem perguntar-lhes porque razão querem morrer mais cedo e não mais tarde (Gordon, 1994). É frequente os fumadores referirem exemplos de octogenários que fumam há 60 anos ou mais, dois maços de cigarros por dia e nunca tiveram qualquer problema de saúde. A resposta a esta questão deve dar-se com uma pergunta: Quantos dos colegas e amigos do seu tempo que eram fumadores estão ainda vivos?

Muitos fumadores acreditam que é inútil deixar de fumar, pois os problemas de saúde, se tiver de os ter, já estão instalados. O importante neste caso é explicar que o abandono do hábito, em qualquer idade traz benefícios consideráveis, mas quanto mais cedo o fizer melhor. Alguns fumadores argumentam que deixar de fumar tem custos económicos

que eles não suportam. Neste caso é importante explicar que há vários métodos alternativos e que alguns deles não acarretam quaisquer encargos.

Os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), estão na vanguarda do vital trabalho de prevenção na redução do largo número de indivíduos que morrem anualmente no país e no mundo em consequência do tabaco. O aconselhamento que eles podem e devem dispensar é provavelmente a intervenção com melhor relação custo-benefício que os serviços de saúde podem oferecer (Godfrey et al, 1989; cit. Norris, 1994). Por outro lado, os doentes contam com esse tipo de serviços (Gordon, 1994).

A maioria das pessoas sabe que o tabaco pode provocar o cancro do pulmão. Porém, nem todos têm conhecimento de que o consumo de tabaco está implicado: noutra tipo de cancro; na cardiopatia; em perturbações circulatórias e por exemplo, bronquite. Estudos de Zagona e Zurcher, cit. Swenson (1983), concluem que o homem aceita mais facilmente as recomendações dos organismos responsáveis pelo estudo e divulgação dos riscos para a saúde derivados do consumo de tabaco. Na generalidade é mais provável que as mulheres queiram deixar de fumar por razões altruístas, e os homens por motivos egocêntricos (Norris, 1994); mas não há, de facto, métodos únicos nem óptimos para deixar de fumar, cada fumador está num estadio psicológico diferente no processo de abandono. Norris realça que as estratégias de abandono devem ser personalizadas, para serem eficazes.

Os efeitos do uso do tabaco na função pulmonar são bem conhecidos. Apesar desta, diminuir com a idade, dá-se de forma mais rápida nos indivíduos que são fumadores. Deixar de fumar em qualquer idade interrompe esta degradação acelerada da capacidade ventilatória do pulmão (Gordon, 1994).

Resumidamente, pode dizer-se que não existem dúvidas acerca das consequências para a saúde derivadas do consumo de tabaco e que os profissionais de saúde têm, nessa matéria, dois níveis de responsabilidades: promover a sua própria saúde pela adopção de estilos de vida saudáveis - **não fumar** - e ajudar o individuo fumador a deixar de fumar, através de suportes terapêuticos, da função educadora e pela demonstração, dando o exemplo pessoal de não-fumador (Llivina, 1986).



#### **4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Procedeu-se neste capítulo, num primeiro momento, a uma abordagem geral dos aspectos epidemiológicos do consumo de tabaco. Num segundo ponto, procurou-se uma explicação teórica em duas perspectivas: uma através da compreensão do papel de determinada variável isoladamente e outra pela análise multivariada do comportamento de fumar. Na terceira secção, referiram-se aspectos relacionados com o consumo de tabaco nos profissionais de saúde e o seu nível de responsabilidade profissional na área da promoção da saúde e prevenção dos riscos do consumo de tabaco.

Dos dados epidemiológicos, salienta-se o facto de, actualmente as taxas de prevalência (em todos os países do mundo) se situarem longe dos objectivos das metas para a saúde para o ano 2000. Segundo a O.M.S., se não se conseguir inverter a tendência actual, cerca de 100 milhões de pessoas morrerão no decurso do decénio 2020-2030, mais do dobro de vítimas, em todos os campos, da segunda guerra mundial (O.M.S., 1995).

Até ao momento, o hábito de fumar tem sido objecto de muita investigação. Admite-se que o consumo de tabaco, está relacionado com factores de ordem social, biológica, psicológica e de contexto. Por outro lado, as interligações desses factores configuram o comportamento de fumar de natureza muito complexa, num contexto de multicausalidade, promovendo no indivíduo fumador, um conjunto de crenças que se formam através de um processo de aprendizagem contínua, que começa no momento da iniciação ao consumo. Importa que existam actividades que permitam deixar de fumar, em simultâneo com pressões sociais, educativas e legislativas para uma sociedade sem tabaco (Joossens et al, 1994).

Desde os meados deste século, que se conhece a relação do tabaco com a saúde em geral e em particular com o cancro do pulmão. Por outro lado, é consensual o papel central que os profissionais de saúde ocupam, para a redução das altas taxas de consumo. Contudo, a educação para a saúde não tem mostrado sinais de eficácia como seria de esperar. Para o facto, muito tem contribuído as altas taxas de prevalência de consumo, entre os próprios profissionais de saúde, tendo, naturalmente, implicações negativas para o desempenho da sua função de educadores.

A consciencialização dos benefícios obtidos se deixar de fumar por um lado e, por outro, das pressões sociais a que se está sujeito, predispõem o indivíduo a exercer um maior controlo sobre o seu próprio comportamento ( Kirscht et al, 1989).

Pensa-se, que um melhor conhecimento das razões que levam os profissionais de saúde para prosseguirem com o hábito de fumar, poderá contribuir para a implementação de estratégias adequadas à promoção da sua própria saúde pelo abandono do hábito e, consequentemente, uma melhoria efectiva no seu modo de intervir junto das populações em geral e particularmente junto daqueles que procuram ajuda.

## **CAPITULO 2 - PERSPECTIVAS TEÓRICAS SOBRE A ATRIBUIÇÃO**

O principal objectivo deste capítulo, é o de contextualizar a teoria da atribuição de causalidade ou teoria atribucional, expressões que aqui se usam indistintamente. A reflexão que se procura produzir abarcará desde os aspectos de carácter geral, relacionados com a epistemologia até aos aspectos mais específicos relacionados com as posições assumidas em diferentes momentos pelos seus percursos. Contudo não se pretende uma abordagem exhaustiva, mas apenas tratar os assuntos por forma a facilitar a compreensão das conexões que se vão estabelecendo no tempo e com os diferentes autores.

### **1 - TEORIA ATRIBUCIONAL**

A teoria da atribuição estabelece, nas suas origens, fortes conexões às teorias da dissonância cognitiva e cognição social. A investigação sobre a percepção social centra-se na forma como percebemos e explicamos a nós próprios ou a outras pessoas ;ou seja, é a maneira como formamos impressões de pessoas, as avaliamos, julgamos, recordamos e explicamos os seus comportamentos (Turner,1994).

A psicologia social nos anos cinquenta, desenvolveu uma série de conceitos com a finalidade de compreender a percepção social; por exemplo: atitudes, esteriótipos, teorias implícitas da personalidade, tendo adoptado a perspectiva cognitiva da psicologia. Muitos psicólogos sociais adaptaram ideias, métodos e dados da psicologia cognitiva para explicar a percepção social, dando lugar a um novo campo, conhecido por cognição social.

Foi de facto, nos anos cinquenta e sessenta que, a partir de estudos da percepção social, da atribuição de causalidade e da inferência social, se verificou um forte impulso nos estudos da cognição social. Trata-se de uma área que engloba diferentes correntes teóricas e que analisa, como os sujeitos extraem e processam a informação a partir do seu meio social (Páez et al, 1994).

Festinger (1957), publicou um livro sobre disonância cognitiva onde desenvolveu a sua teoria de mudança de atitude, na qual defendia que as pessoas têm necessidade de manter consistência psicológica entre as suas cognições, como crenças, opiniões, juízos etc. O êxito desta teoria provocou uma mudança no sentido de se procurar estudar os

processos individuais cognitivos e motivacionais. Esta tendência foi confirmada, nos anos sessenta, pelos trabalhos de Heider (1958), Jones e Davis (1965) e Kelley (1967). Estes autores desenvolveram uma grande quantidade de investigações que deram origem à teoria das atribuições (Hewstone, 1992; Turner, 1994).

A partir daqui, aumentou o interesse em investigar, como é que a decisão expressa gera a atribuição causal, para explicar como as coisas acontecem e como o próprio fenómeno pode afectar essas explicações. Desde então, têm-se desenvolvido um considerável corpo de pesquisas que descrevem a percepção da pessoa através da explicação fornecida, sob múltiplos pontos de vista (Braun et al, 1985).

### 1.1 - ORIGENS E SEUS PRECURSORES

A base da teoria da atribuição é o desejo de entender o modo como as pessoas chegam à explicação em senso-comum dos seus próprios comportamentos e dos comportamentos dos outros. Os diferentes trabalhos realizados por Heider (1946), procuram encontrar as normas subjacentes aos indivíduos que regulamentam a justificação das manifestações comportamentais das pessoas e dos próprios indivíduos (Nisbett e Valins, 1987),.

Os primeiros trabalhos são de Heider (1958) no livro "*Psychology of Interpersonal Relations*", no qual é sugerido que, a maior tarefa de cada um é tentar entender o mundo físico e social produzindo justificações satisfatórias, ao porquê de as coisas acontecerem. Posteriormente tenta-se investigar, procurando dar uma explicação científica ao modo como as coisas acontecem. Nesta base, a ideia do homem como um cientista "*naïf*" começa a emergir. Esta noção deriva da evidência de que as pessoas fazem inferências acerca das causas do comportamento humano com base nas suas observações e por sua vez os cientistas fazem inferências com base em observações de acontecimentos (Davies, 1993; Turner, 1994).

Em primeiro lugar é de referir o valor paradigmático da teoria atribucional como trabalho cientificamente válido. A teoria da atribuição de causalidade é considerada, pela maioria dos autores, como uma teoria do âmbito da psicologia social cujo desenvolvimento se verificou nas décadas de 50 e 60, tornando-se a teoria de maior valor heurístico em

psicologia social (Rodrigues, 1991). Parte-se de processos psicológicos mais ou menos complexos para explicar o comportamento social; tendo sido fortemente influenciada em meados do século XX pelas correntes cognitivistas, como por exemplo a teoria de Gestalt (Rodrigues, 1991; Hewstone, 1992; Turner, 1994). Na generalidade, as suas características, são congruentes com os princípios básicos do cognitivismo, onde importa realçar o indivíduo como o processador activo de informação.

Castelló (1992) refere-se à teoria atribucional dizendo que, "a própria designação da teoria parece fazer referência ao processo cognitivo interno mediante o qual um determinado indivíduo estabelece a origem causal de um facto" (Hewstone, 1992, p.14).

O processo atribucional, parece estar mais ligado a mecanismos próprios de funcionamento cognitivo e a disposições das informações prévias na memória. O mais importante não são tanto as características da informação mas sim a forma como ela é processada. Um dos princípios das teorias cognitivas, que se pode considerar implícito ou subjacente à teoria da atribuição, à semelhança com outras teorias da psicologia social, como por exemplo a dissonância cognitiva, é a utilização do modelo mental como referência à conduta. A incorporação da informação através de interações, sejam elas de ordem social ou não, conduz inevitavelmente à construção de um modelo ou representação mental regulando e determinando a conduta do indivíduo. Sem este modelo mental de validade não é possível conceber expectativas ou previsões de sucesso (Kelley, 1987).

Os procedimentos cognitivos que parecem estar implicados na realização de atribuições causais podem descrever-se, genericamente como constituídos pelos seguintes elementos: informação procedente do meio, informação residente na memória - modelo ou representação mental da realidade - e processos de manipulação destas informações, os quais são responsáveis pelas conexões e conclusões. A causalidade residirá no sistema cognitivo e utilizar-se-ia para explicar, interpretar ou representar a realidade independentemente de existir uma relação causal real. A origem desta interpretação é genericamente Kantiana; são as estruturas cognitivas as que articulam e configuram os conteúdos. As teorias motivacionais emergem da análise do comportamento podendo ser classificadas em dois campos opostos, muitas vezes etiquetados como mecânicos (Hull 1943, Spence 1956) e cognitivos (Atkinson, 1964; Lewin, 1938; Tolman, 1938; cit. Weiner, et al 1987). As maiores diferenças entre estas duas aproximações é o grau em que a variável experimental no modelo formulado é explicável, sem referência a um elevado processo

mental e a medida em que o objectivo do objecto está representado mentalmente ("antecipação") durante a sequência da resposta instrumental (considerar o hábito versus controvérsia de expectativa).

O formato geral de um modelo cognitivo é  $S \rightarrow \text{cognição} \rightarrow R$ . Isto é, entrada do estímulo, é vista como um meio de informação que é codificada no sistema de crenças, que lhe dá um "significado". A resposta subsequente é pois guiada pela estrutura interveniente do pensamento. Por isso o modelo cognitivo de motivação requer dois estadios de análise: primeiro tem de haver rudimentos da teoria no pensamento; segundo leis que relacionam o pensamento com a acção, com explica Baldwin (1969). O modelo é baseado no pressuposto de que as crenças acerca das causas de sucesso ou falha medeiam as transacções entre os estímulos-orgânicos antecedentes e subsequente aquisição de comportamento (Weiner, et al, 1987).

Outros autores, como Bruner ou Piaget utilizam linhas de argumentação semelhantes. Poderia dizer-se que os instrumentos de processamento da informação disponíveis constituem o conjunto de diferentes maneiras em que determinada informação pode ser elaborada e conseqüentemente entendida, compreendida, integrada e concebida. No contexto social e cultural ocidental a explicação em termos de causalidade dos factos parece ser um processo cognitivo, uma estruturação, uma forma de processamento da informação que cumpre estas características. Todos os autores, que se têm debruçado sobre a teoria da atribuição, são unânimes em afirmar, que os trabalhos de Fritz Heider, tiveram papel de destaque na origem e desenvolvimento desta teoria (Rodrigues, 1991).

De acordo com Fritz Heider (1958), todos nós temos uma necessidade de predizer a maneira pela qual as pessoas reagirão a nós. Mas, na sociedade ocidental, geralmente ensinam que as predições sobre o comportamento humano são possíveis, apenas, se for possível compreender as causas internas que provavelmente controlam o comportamento. Devido ao facto, de ignorarmos a grande influência que as influências ambientais têm sobre os nossos próprios pensamentos e actividades, acreditamos que as nossas acções são determinadas quase que inteiramente pelo nosso estado de necessidade interna e processos mentais. Assim, quando tentamos explicar o comportamento de outros, supomos que eles também agem como o fazem porque querem agir daquela maneira (Morales, 1994). De acordo com o mesmo autor, raramente vemos as acções humanas como ocorrendo num contexto social determinado, pelo contrário, normalmente colocamos a causa do

comportamento, inteiramente no interior da pessoa. Então, devemos inventar explicações para o **porquê** das pessoas fazerem aquilo que fazem atribuindo certos traços de personalidade a elas usando aquilo a que Heider designa por **processo de atribuição**. Atribuímos aos outros, motivos que fazem com que as nossas acções nos sejam compreensíveis. De um ponto de vista humanista, o problema com o processo de atribuição não é o de tentarmos colocar rótulos motivacionais nas pessoas, mas sim; esses rótulos que usamos são muito imprecisos, tendenciosos e não científicos. Quantos mais factos se aprendem em relação a nós mesmos e aos outros, mais próximo estará o seu próprio processo de atribuição de se ajustar à realidade externa (McConnell, 1978).

## 1.2 - EXPLICAÇÕES EM TERMOS DE CAUSALIDADE

Neste ponto, não se pretende uma análise detalhada do conceito de causalidade, nem tão pouco perspectivar a discussão filosófica que o envolve. Por outro lado, e, no âmbito das teorias da atribuição de causalidade, procura-se não problematizar a discussão entre os conceitos de **causa** e **razão**. Este tipo de abordagem, não é do âmbito deste estudo, e, poderia levar a formulações, eventualmente pouco claras e sem limites.

Nesta investigação, causas e razões assumem significados similares, uma vez que ambos os termos são aplicados com mesmo propósito. Neste sentido, *causas-razões* podem referir-se tanto às explicações fornecidas pelos sujeitos atribuidores, e, portanto estamos perante um processo inferencial do senso comum; como às conexões resultantes das análises estatísticas à posterior, e, neste caso estamos perante um processo inferencial à luz de critérios científicos.

Aceita-se a ideia de que, causas e razões são de utilidade para a teoria da atribuição e que podem ser de natureza pessoal e/ou situacional (McClure, 1984).

A ideia de causa é uma questão central para a teoria atribucional. O conceito de causalidade tem assumido ao longo dos tempos vários significados. Na perspectiva de Hume (1748), a causalidade faz geralmente referência a uma conjugação constante (Gewandsznajder, 1989). em que se expressa o significado da covariação entre causa e efeito, aspecto que se tornou fundamental para a teoria de Kelley (1967). Certamente que a definição de causa de Hume expressa esse significado de covariação; diz-se que uma causa

é um objecto seguido de outro, onde todos os objectos similares ao primeiro se seguem objectos similares ao segundo; se o primeiro objecto não existisse, não existiria o segundo. Para Mill (1872/1973) a causa "é a soma total de condições positivas e negativas, uma vez realizadas se segue invariavelmente a consequência" (Hewstone, 1992).

A noção de "**campo causal**", introduzida por Anderson em 1938 foi relevante para a teoria da atribuição. "Causa e efeito, segundo Mackie aparecem no mesmo campo: tudo o que seja parte da descrição presumida, mas comumente não constatada, do mesmo campo, será automaticamente tida como potencial causa" (Mackie, 1974; cit. Kanouse, 1987 e Hewstone, 1992).

A finalidade das causas pessoais continua a ser uma questão primordial para toda a investigação da teoria da atribuição. É importante saber-se o que as pessoas pensam ou crêm para justificar os seus comportamentos. Como refere Shaver, "perguntar-se como as pessoas identificam e entendem as causas das suas acções é diferente de perguntar-se como deveriam proceder as suas indagações" (Shaver, 1981, pág. 332; cit. Hewstone, 1992).

A análise de causalidade que Jones e Davis (1965) e Kelley (1967), sugeriram que nós empregamos os nossos esforços para compreender o comportamento dos outros. Tal como nós aprendemos as atitudes boas e disposições dos outros, prestando atenção ao que eles fazem, nós aprendemos sobre as nossas atitudes e disposições por auto-observação. Muitas vezes estudamos o nosso comportamento para com uma entidade e depois inferimos que as nossas atitudes são consistentes com essa entidade. Na perspectiva da teoria da dissonância cognitiva (Davies 1993), o sujeito é induzido a ter determinado comportamento, para o qual tem justificação insuficiente, sendo esta situação dolorosa para os sujeitos. Embora sejam meros observadores passivos do seu comportamento, eles estão motivados para encontrar justificação adicional pelo seu comportamento.

Na teoria da dissonância, o indivíduo presumivelmente tenta justificar o comportamento para consigo mesmo, não pode fazer predições acerca das situações onde o comportamento é mais que adequadamente justificado. Do ponto de vista da teoria da atribuição, informação-processo, contudo, pode-se explicitamente prever se uma pessoa está demasiado compensada pelo seu próprio comportamento, ela poderá até desvalorizar o comportamento. Quando as justificações extrínsecas para o comportamento são muito fortes, o comportamento poderá ser percebido como menos desejável e avaliado, no seu próprio direito, mais do que quando justificações extrínsecas são débeis (Gerardo, 1988).



Os estudos experimentais de Michotte (1952) pretendiam descobrir em que condições se provocava uma impressão de causalidade nos sujeitos experimentais, incluindo a extensão e direcção das trajectórias dos objectos em movimento, a duração do contacto entre eles, bem como a velocidade absoluta e relativa. Neste processo podia observar-se que, um objecto desencadeava movimento num segundo objecto, o qual parecia mover-se espontaneamente; o primeiro objecto encontrava-se com o segundo e arrastava-o. Michotte revelou que era possível experimentar a causa fenomenológica ao contrário de Hume que apenas reconhecia a existência de uma sucessão de movimentos (Hewstone, 1992; Davies, 1993). Michotte interessou-se primariamente pelos processos perceptivos, principalmente a percepção visual. Neste contexto histórico a palavra percepção retém o seu significado clássico e é considerada de forma distinta de cognição. Apesar de tudo, Michotte explicou e demonstrou que percepção e cognição estavam intimamente relacionadas.

Pelas experiências da Psicologia Gestalt, e pelo modelo ANOVA de Heider, pode simplesmente dizer-se que as pessoas regularmente e predictivamente vêm padrões de causalidade onde esta causalidade não existe. Se desejarmos evitar o criticismo filosófico de que o fenómeno de causalidade é apenas o único tipo de causalidade que há (Hume, 1739-40, citado por Davies, 1993), teremos de qualificar isto dizendo que as pessoas vêm regularmente a causalidade física e social em circunstâncias onde a responsabilidade científica não descreveria tais relacionamentos.

De acordo com Michotte e Kelley a detecção de um fenómeno particular e a investigação sobre a responsabilidade causal da pessoa neste fenómeno não tem, em princípio, nada a fazer com a investigação da sua causalidade como conceptualizado pela ciência e nós não podemos negligenciar o uso de uma, com o significado de investigação de outra (Davies, 1993).

Através de um conjunto de sintomas que são fornecidos pelo doente, o médico esforça-se por um conjunto de significativos que o levam a pensar num diagnóstico e a decidir sobre o tratamento. Mas um tal procedimento não é exclusivo da medicina nem pertence apenas a determinadas pessoas. Todos nós procedemos exactamente assim no nosso dia-a-dia. Raramente nos contentamos com uma simples descrição do comportamento de alguém que encontramos ou de quem ouvimos falar e de imediato procedemos a inferências que em Psicologia se designam por atribuições. Este processo de inferência consiste, em utilizar determinada informação para lhes juntar um suplemento,

ligado à primeira por uma causalidade de tipo indutivo. Podemos dizer que o processo de atribuição constitui um procedimento científico da pessoa vulgar, na medida em que, a procura da causalidade consiste em encontrar a estrutura estável permanente (Leyens, 1979). Esta procura de informação não se limita apenas ao outro, hetero-atribuição, mas também à própria pessoa, auto-atribuição; é assim que nós atribuímos, por exemplo, traços de agressividade ou de sentimentalismo.

Segundo Leyens (1979) e Gerardo,(1988), os psicólogos sociais, neste tipo de investigação, manifestam três tipos de preocupações: a) a primeira diz respeito à inferência da causa de um determinado comportamento. Procura-se determinar, se o comportamento é devido ao acaso de circunstâncias particulares, e, portanto, susceptível de se modificar com elas, ou se, pelo contrário, reflecte uma característica profunda e permanente do seu autor independentemente das modificações do meio. Pode falar-se, então, da causalidade externa e causalidade interna; b) a segunda é precisamente o problema da inferências desta característica profunda e permanente. Trata-se de fazer atribuições em termos de disposições da personalidade intenções de responsabilidade. Esta atribuição, com base em vários comportamentos só se poderá fazer a partir da procura de uma causalidade pre-existente; c) ultimamente apareceu o interesse pelo problema da predição dos comportamentos; inferindo-se uma causa ou determinado atributo a uma pessoa particular, estar-se-á ou não em condições de predizer as suas acções futuras.

Tal como refere Kelley (1967), o conhecimento do processo de atribuição é muito importante do ponto de vista da epistemologia psicológica, porque coloca o problema da verdade subjectiva, isto é: como somos levados a convencer-nos de que determinada coisa que pensamos é verdadeira? É evidente que esta verdade subjectiva, esta impressão de que não nos enganamos não está, de facto, livre de erros (Hewstone, 1992). Por isso é importante analisarmos os diferentes tipos de erros e percebermos as suas possíveis explicações. Isto, pode ser conseguido através da compreensão de diagramas ou esquemas causais.

### 1.2.1 - Conceito de Esquema Causal

As inferências causais, particularmente aquelas que são feitas com base na informação parcial, são derivadas daquilo que se designa por diagrama ou esquema causal.

O diagrama causal é a concepção geral que as pessoas têm acerca do modo como certo tipo de causas interactivam para produzir um tipo de efeito específico. Cada diagrama pode ser descrito em termos de uma matriz hipotética de dados que sumariza as crenças dos atribuidores e as hipóteses acerca da distribuição dos efeitos sobre as várias combinações dos factores causais.

As pessoas muitas vezes fazem atribuições causais como se estivessem analisando padrões de dados pelo significado da análise da variância (Kelley, 1967). Isto é, os efeitos são atribuídos àqueles factores causais com os quais eles unicamente covariam mais do que com aqueles que eles são relativamente independentes. Para tomar um exemplo simples, a reacção de um dado indivíduo de não gostar de um animal particular, é-lhe atribuída se é mais ou menos única a ele, ou consistentemente associada com ele, mas será atribuída ao animal se as outras pessoas têm cada uma consistentemente e consensualmente, a mesma reacção. Similarmente, uma acção com sucesso sobre uma dada tarefa é atribuída ao autor se ele unicamente e consistentemente a completa, mas a acção será atribuída à tarefa se for única e consistentemente atribuída a esta (Kelley, 1987). Esta descrição é claramente uma descrição com base no método de análise causal que constitui a base da investigação científica.

O processo de atribuição implicado no modelo de análise de variância (ANOVA) é apropriado para certos casos nos quais as pessoas conduzem dirigidamente a análise causal. Nestas circunstâncias, o problema causal não é ainda suficientemente importante para justificar a colheita e o processamento de dados necessários para a análise ideal. Ou mesmo se os problemas justificam uma análise detalhada, o tempo pode não permitir isso, a decisão ou acção pode ser requerida antes da análise completa ser feita. Em qualquer caso, a pessoa raramente necessita de conduzir uma nova análise completa no sentido de fazer uma atribuição causal.

Os indivíduos adultos, já adquiriram sem dúvida um repertório de ideias abstractas acerca da operacionalização e interacção de factores causais. Estas concepções permitem-lhes arranjar soluções “económicas” e fazer análises atribucionais apertadas, provendo-os de

uma estrutura, na e com a qual eles têm a informação relevante para poderem, razoavelmente, fazer boas inferências causais.

Na área da psicologia social, são muitas as investigações que podem ser interpretadas em termos de diagrama causal. O importante é saber respeitar os princípios ou condições debaixo das quais cada tipo de diagrama é concebido.

Geralmente o diagrama causal é uma concepção sobre o modo como dois ou mais factores causais interactuam em relação a um tipo de efeito particular. Um diagrama deriva da experiência resultante da observação causa-efeito das interrelações, das experiências no qual, um controlo deliberado foi exercido sobre factores causais, e de ensinamentos implícitos e explícitos acerca da estrutura causal do mundo. Isto torna as pessoas capazes de fazer certas operações com uma informação limitada, e, posteriormente obter certas conclusões ou inferências com o factor causal. Especificamente, o diagrama causal é uma suposta matriz de dados numa estrutura completa de análise de variância. O que a pessoa aprende a nível conceptual acerca de causa e efeito é como certo tipo de efeitos tendem a ser distribuídos numa matriz de causas relevantes. Isto é, que causas estão associadas a determinados efeitos (Morales, 1994).

Dando informação acerca de certos efeitos e duas ou mais causas possíveis, os indivíduos tendem a assimilar isso numa análise de variância especificamente assumida e a partir da qual faz atribuições causais. Esta visão do diagrama causal tem uma vantagem heurística de manter a ligação entre a presente análise de processamento de dados incompletos e a descrição precoce de um processo mais idealizado seguido de dados completos (Kelley, 1983). Adicionalmente, parece razoável assumir que a organização conceptual resulta da aprendizagem dos indivíduos acerca das causas correspondentes mais próximas da organização explícita externa que se impõe de modo complexo, e, completa o conjunto de dados no sentido de os interpretar (Kelley, 1987).

Um exemplo poderá completar os dados expostos. Talvez a experiência mais comum que os indivíduos têm com as causas, é que há diferentes causas que produzem os mesmos efeitos. Desta experiência, eles aprenderam que há diferentes causas para um dado efeito e que há efeitos que ocorrerão se uma delas estiver presente.

A resposta a algumas questões directas, simples, provavelmente determinarão onde este (ou qualquer um) diagrama particular caracteriza o pensamento particular da pessoa acerca da causa de um problema particular; porque é que um artista de cinema faz tais

declarações? Estará um artista apto a fazê-lo mesmo não sabendo nada acerca de um automóvel? Se sim, porquê?

Além de mais, a existência de tal esquema pode ser inferida das atribuições causais que a pessoa faz acerca da informação parcial dos factos que sumarizam.

O diagrama causal, forma uma suborganização importante do diagrama cognitivo, caracterizado e investigado por Piaget (1952, 1954). O diagrama causal reflecte as noções básicas do indivíduo acerca da realidade e as suas suposições acerca da existência de um mundo externo estável - um mundo permanentemente comprometido pelo movimento e aparentemente variável, os objectivos; um mundo separado de e independente dele próprio; e um mundo visto pelas outras pessoas da mesma maneira como por ele próprio (Kelley, 1987).

Derivado da experiência sensorial e da manipulação de cada indivíduo, o diagrama causal, torna-o capaz de integrar e de fazer uso da informação obtida em ocasiões distintas, temporais e espaciais. Uma vez aprendidas, o diagrama pode ser activado por um qualquer número de organizações de dados apropriados ou sinais, e isto posteriormente tem mobilidade e é aplicável numa amplitude de direcções e situações para com os objectos.

O diagrama causal, pode assumir várias formas, cada uma delas apropriada a uma circunstância de causa-efeito particular. Algumas destas utilizações e conceitos relacionados, foram aqui referidos porque eles mostram várias facetas do significado de diagrama ou esquema causal.

Posteriormente, discutir-se-á os diferentes tipos de diagramas causais e os princípios que os suportam, de acordo com as teorias da atribuição causal e os autores que as preconizam.

## **2 - TEORIAS DA ATRIBUIÇÃO CAUSAL**

Neste subcapítulo abordar-se-ão as teorias da atribuição causal, que representam directa ou indirectamente os maiores progressos conceptuais sobre esta matéria.

Dada a complexidade, amplitude, diferenciação de ideias e posições defendidas pelos diversos autores que se têm preocupado com o assunto, é muito difícil abordar o tema das atribuições em toda a sua extensão. Por conseguinte, limitaremos a discussão em redor de aspectos que ajudem a contextualizar esta investigação.

### **2.1 - ASPECTOS GERAIS**

O título teoria das atribuições é utilizado como referência a um corpo de teorias e investigações relacionadas com o modo como as pessoas explicam o porquê das coisas acontecerem. Por isso, se pensarmos no contexto em que cada ser humano está inserido e o modo como este se vincula a ele, encontramos a explicação pela qual a Teoria das atribuições deu um contributo importante no sentido de orientar o estudo do modo como as pessoas explicam as suas próprias acções e as dos outros; e no curso deste processo para percebermos a diferença entre a explicação causal como uma construção social - razão - e a explicação causal como uma orientação científica - causa (Davies, 1993).

Por exemplo, a **razão** para uma acção particular é frequentemente um julgamento/proposição verbal feito por um indivíduo quando uma terceira pessoa lhe pergunta: Porque é que fazes isto ou fizeste? Em resposta a esta questão os motivos, intenções e auto-percepções que a pessoa faz para explicar reflectem muitas vezes o tipo de explicações oferecidas. Isto é normalmente mais claro nos discursos políticos, quando estes tentam explicar medidas menos populares fazendo referência a circunstâncias que estão sob o seu controlo. Por exemplo, nós fizemos isto, porque não tínhamos outra escolha, mas .... e entra com novas explicações que fazem referência a qualidades internas, tais como: bondade, compreensão e sentimentos. Neste discurso é visto claramente a referência à construção social com clarificação das propostas e funções pelas pessoas que fazem a explicação; especificamente há uma tendência para evitar a culpa e a acumulação de créditos pessoais. Pelo contrário na concepção científica procura-se e, apenas se aceita,

quando identificado o princípio da causalidade que, é independente de motivos, intenções e auto-percepções dos cientistas para fazer as explicações. Do ponto de vista desta idealização científica assume-se que os diferentes cientistas oferecer-nos-ão as mesmas responsabilidades causais, independentemente dos motivos pessoais, e que as explicações representarão o estado do conhecimento e não o estado do que explica; e no mesmo sentido a explicação oferecida será real e absoluta (Davies, 1993). Contudo, e, na opinião do mesmo autor, algumas vezes, deixamos de ver a distinção entre responsabilidade causal que é funcionalmente social e aquelas que são cientificamente funcionais. Então podemos esclarecer as causas do consumo, entre os consumidores de droga, perguntando-lhes as razões do seu uso ou da sua recorrência - reincidência.

Originalmente, a Teoria da atribuição procura esclarecimento na natureza das explicações que as pessoas dão para os acontecimentos da vida diária sem distinguir entre a natureza social das razões e a natureza científica das causas. A tarefa que emerge, é a de se encontrar como é que as atribuições causais são feitas, e perceber-se (saber explicar) o tipo de evidências envolvidas neste processo (Hewstone et al, 1989; cit. Davies, 1993).

A obra de Doise "*Levels of explanation in social psychology*" (1986), distingue quatro níveis de explicações através dos quais deve ser estudada a teoria da atribuição causal, como parte integrante da psicologia social (Hewstone, 1992).

**Nível intrapessoal (I)** - Circunscreve-se aos processos psicológicos ou intrapessoais que se referem ao modo como os indivíduos organizam a sua percepção, avaliação e comportamento no mundo social, colocando em evidência o modo como os indivíduos processam a informação.

*Exemplo:* o modelo de Kelley (1967) faz referência ao modo como os indivíduos processam a informação para chegar às causas.

**Nível interpessoal (II)** - Centra-se na dinâmica dos processos interpessoais no decorrer de uma dada situação. Os indivíduos ocupam posições essencialmente iguais, considerando-os como actores intercâmbiais.

*Exemplo:* investigação das diferenças atributivas actor - observador baseadas nas hipóteses de Nisbett e Jones (1972).

**Nível intergruppal (III)** - Estuda os efeitos da categorização social sobre a atribuição e especifica se comportamentos com resultados idênticos são explicáveis em função da pertença ao grupo objecto ou perceptor.

*Exemplo:* estudos que realizaram Taylor e Jaggi (1974).

**Nível social (IV)** - Estuda as crenças partilhadas por um grande número de pessoas no seio de uma determinada sociedade.

*Exemplo:* análises realizadas por J. G. Miller (1984) de padrões de atribuição entre culturas. Segundo o mesmo autor (cit. Hewstone, 1992) há uma tendência dominante na investigação sócio-psicológica (tanto Europeia como Norteamericana) para circunscrever a análise dos dois primeiros níveis (I e II). Porém, Doise adverte que, na generalidade, a psicologia europeia difere da sua equivalente Norteamericana pela tentativa em introduzir os níveis analíticos III e IV, chegando, mesmo, a utilizar-se o termo **atribuição social** para descrever a investigação atributiva, nestes dois níveis (Hewstone e Jaspars, 1984).

Existem várias maneiras, de utilizar o termo **social** em relação com a teoria da atribuição. Lukes (1975) cit. Hewstone (1992), descreve três formas de utilização do termo: a) uma atribuição pode basear-se em informação social ou estar inferida pela interacção social; b) faz-se atribuição de um sucesso que concerne a uma pessoa e não a objectos físicos ou de um resultado social, como por exemplo o desemprego; c) os membros de grupos ou sociedades diferentes podem partilhar explicações diferentes dos mesmos sucessos.

Qualquer aproximação sócio-psicológica à teoria da atribuição causal, tal como refere Hewstone (1992), deve integrar e ocupar-se de fenómenos nos quatro níveis de análises - uma análise psicológica e social.

## 2.2 - TEORIAS CLÁSSICAS

O quadro sobre a teoria das atribuições aqui apresentado, longe de ser exaustivo, acentua a existência de diferentes aproximações para o estudo psicológico da explicação social. Mais do que uma simples identidade, a teoria das atribuições é mais um grupo de teorias (Davies, 1993), suportada por um programa comum onde ligações coerentes podem ser discernidas. Há claramente um número possível de soluções para o problema de decidir, quais as mais importantes dimensões atribucionais a considerar. Por outro lado e mais importante, é o facto da teoria clássica da atribuição se centrar no modo como os processos de inferência trabalham; isto é, na maneira segundo a qual as pessoas fazem as suas



explicações. O problema é como estas explicações podem relacionar acções presentes ou futuras, os resíduos que tem das anteriores até às mais recentes.

### **2.2.1 - A Causalidade Fenomenológica e a Análise do Senso Comum da Acção**

A maioria dos estudos sobre a teoria da atribuição encontram as suas origens nos estudos de Heider (1944), onde se salienta a necessidade que o ser humano tem de procurar explicações para os acontecimentos de que toma conhecimento (Rodrigues, 1991; Morales, 1994)).

A "**psicologia do senso comum**" de Heider pretendia formular os processos através dos quais um observador não qualificado, "o psicólogo do senso comum", entendia as acções. Heider, influenciado pelos princípios de organização perceptiva de Wertheimer (1923), interessou-se especialmente pelos graus de semelhança entre as duas partes da unidade, considerando que factores como semelhança e proximidade determinam o lugar da atribuição. Heider fazia referência a uma série de experiências de Zillig (1928) em que um acto mau parecia ser conectado mais facilmente com uma má pessoa do que com uma boa pessoa. Heider afirmava que os actos estavam imbuídos das características da pessoa à qual eram atribuídos. Ao conectar, desta maneira, actor e acto, Heider, tal como referem Lewin, (1951), Murray (1938) e Rotter, (1954, 1956), advertia que, era mais provável uma atribuição "**peçoal**" que uma atribuição "**situacional**". A primeira reside nas próprias intenções da pessoa e estão sob seu controlo; a segunda decorre de forças externas à pessoa, de forças do ambiente (Gergen e Kenneth, 1986; Rodrigues, 1991).

*Exemplo:* uma pessoa pode fracassar num exame porque não estudou para ele ou porque o professor fez uma prova acima dos seus conhecimentos.

Primariamente, o observador atribui a causas de natureza interna, ligadas à pessoa, o acontecimento e tem tendência a mudar a sua perspectiva à medida que lhe for dada informação complementar sobre o sucedido. as atribuições internas são substituídas pelas atribuições externas; como a percepção do observador acerca da causalidade mudou, também o sentido de culpabilização muda. Para Heider (1958), dar importância às atribuições causais na vida social, é fundamental para perguntar como as pessoas percebem a causa de determinada acção (Gergen e Kenneth, 1986).

A psicologia do senso comum, pela qual se interessou Heider, considerava importante o sentido comum por duas razões fundamentais: em primeiro lugar assumia que as convicções de sentido comum regem o comportamento; em segundo lugar, considerava que a psicologia de sentido comum constituía um recurso valioso, sem se correr o risco de a socializar, mas tão sómente considerar um conjunto de conhecimentos dos quais a psicologia científica podia aprender (Morales, 1994).

Heider (1958), sugeria que as disposições pessoais se deduzem com mais facilidade de acções intencionais do que de acções não intencionais e expôs três critérios para realizar deduções sobre a intencionalidade: a) **equifinalidade** - acção não centrada nos meios mas sim orientada para os fins; b) **causalidade local** - as pessoas contemplam-se como agentes da acção e não como receptores passivos de forças ambientais; c) **esforço** - presume-se que as pessoas se esforçam mais para conseguir os seus próprios fins (Hewstone, 1992).

Uma outra ideia central, de Heider era procurar resposta à questão: porque é que umas vezes atribuímos os efeitos à pessoa, outras vezes ao objecto e inclusivamente outras, às condições mediadoras. Assim, ele conseguiu identificar três elementos importantes da informação atributiva: a) factores próprios do perceptor; b) propriedades do objecto; c) condições mediadoras; e propôs o método diferencial que designou por princípio de covariância que Kelley (1967) posteriormente deu forma.

Um estudo retrospectivo realizado por Jones (1985); cit. Hewstone (1992), sobre a obra monográfica Heideriana, refere, não existir dúvida de que podemos chamar com propriedade a Heider o pai das teorias do equilíbrio e da atribuição.

### 2.2.2 - Teoria da Inferência Correspondente

Após Heider, Jones e Davis (1965), cit. Davies (1993), são usualmente o marco mais importante com a Teoria de "**Inferências Correspondentes**". Esta teoria procura explicar quão longe as acções das pessoas podem ser responsáveis em termos de traços, disposições e intenções das pessoas que praticam as acções. O trabalho empírico neste tópico centra-se em redor do efeito comum e não comum.

Segundo a teoria da inferência correspondente, a finalidade do processo atributivo é deduzir que o comportamento observado e a intenção que o produz se correspondem com

certas qualidades estáveis subjacentes na pessoa - o actor. A meta da teoria da inferência correspondente é construir uma teoria capaz de explicar sistematicamente as inferências de um perceptor acerca do que um actor pretende conseguir com uma acção concreta. Esta teoria desenvolve-se, levando em linha de conta o critério de intencionalidade proposto por Heider. O conceito nuclear da teoria da inferência correspondente, faz referência ao juízo do perceptor acerca do comportamento do actor que seja causado ou se corresponda com uma característica concreta (Hewstone, 1992).

O primeiro problema, com que se confronta o perceptor é dizer que, os efeitos da acção observada, são aqueles que persegue o actor. Para inferir que determinados efeitos da acção são intencionais-atribuição de intenções-o perceptor deve crer que o actor conhece as consequências da sua acção (Eiser, 1980).

Segundo a teoria de Jones e Davis (1965), o perceptor processa a informação desde os efeitos às acções até à inferência sobre conhecimentos e capacidades. Por outro lado têm, também, importância as convicções do perceptor acerca do que outras pessoas fariam em idêntica situação. As inferências correspondentes revelam-se fortes quando as consequências de um dado comportamento são socialmente inconvenientes. Estes autores estabelecem critérios que servem de base para inferir a disposição subjacente ao acto observado. O primeiro e mais importante é a **não comunalidade dos efeitos**. As inferências serão mais correspondentes, isto é, a relação entre o acto observado e a disposição subjacente que o motivou será mais nítida, quando fôr menor o número de disposições comuns ao acto observado. Por exemplo, se uma pessoa ao ser apresentada a outra diz, muito prazer, a inferência acerca da sua verdadeira disposição para expressar estas palavras é difícil, pois há, pelo menos, duas causas comuns a este comportamento; a pessoa pode ter tido realmente prazer em conhecer a outra, ou pode, simplesmente, estar a obedecer a uma regra social. Sempre que as normas sociais prescrevem certos comportamentos, é difícil saber-se se a pessoa observada está apenas a seguir uma "etiqueta" ou a expressar um sentimento verdadeiro que está de acordo com o que prescrevem as normas sociais.

O segundo critério, é o da **relevância hedónica**. Quando uma pessoa tem um comportamento, este comportamento pode ter ou não consequências hedonicamente relevantes para o perceptor; o acto de uma pessoa pode ter ou não consequências boas ou más para o perceptor. Para os autores aqui considerados, quanto mais relevância hedónica tem um comportamento de uma pessoa para o perceptor deste comportamento, mais

correspondente será a sua inferência da disposição subjacente àquele comportamento. Isto é, existe relevância hedónica quando o comportamento do actor tem consequências positivas ou negativas, para as pessoas que fazem as atribuições.

Por último, o **personalismo**, ou seja, a relevância da presença da pessoa para o comportamento de outra, é considerado pelos autores como um terceiro factor facilitador de inferências correspondentes. Este critério difere do anterior, uma vez que o acto de uma pessoa pode ter relevância hedónica para outra, sem que, contudo, se verifique a interferência do personalismo. Quando se observa um actor com um comportamento anti-social ou pouco aconselhável, também se aumenta a probabilidade da inferência correspondente (Eiser, 1980; Rodrigues, 1991 ; Morales, 1994).

Segundo Leyens (1979) e Eiser (1980); Jones e Davis (1965), sugerem que, é possível induzir uma correspondência entre uma acção e uma intenção, desde que se respeitem duas condições prévias. A primeira condição é de que, é preciso que o indivíduo que desenvolve determinado comportamento conheça os seus efeitos. Porque, se o actor não conhece as consequências das suas acções não será possível imputar-lhe uma intenção, por não se poder inferir uma causalidade interna. A segunda é de que, é preciso pressupor que o actor possui as aptidões necessárias para efectuar a acção com vista a produzir os efeitos que ele deseja. Se a acção é produzida ao acaso os seus efeitos serão acidentais não nos dando qualquer informação sobre uma intenção específica.

Em ambos os casos faltam condições de inferência de uma causalidade interna; a intenção é rejeitada como factor provável em benefício de duas explicações mais plausíveis: o desconhecimento das consequências e o acaso.

De acordo com Hewstone (1992) devemos caracterizar quatro limitações da teoria da inferência correspondente:

- 1) a teoria da atribuição de intenções, deve preceder a inferência dispositiva; no entanto, algumas disposições definem-se em função de comportamentos não intencionais como por exemplo o descuido, a queda e o esquecimento (Eiser, 1983). Esta é a razão pela qual a teoria é apenas aplicada a acções (comportamentos) que contenham elementos de opção e não a actos ou acontecimentos que sejam involuntários (Kruglanski, 1975).
- 2) a teoria, não nos oferece uma descrição precisa da forma como as pessoas fazem realmente as suas atribuições.

- 3) a teoria da inferência correspondente, dando ênfase ao valor informativo do comportamento não esperado, não explica como as pessoas inferem as disposições de outras pessoas com as quais têm tido interações de rotina.
- 4) quase todos os estudos baseados nesta teoria, não incluem atribuições causais nas suas medições (Jones e De Charms, 1957; Jones e Harris, 1967).

### 2.2.3 - Teoria da Covariância e Configuração

O desenvolvimento de Kelley (1967) do modelo ANOVA de influência causal, merece uma exploração detalhada uma vez que, segundo Davies (1993), ele apresenta um quadro claro do tipo de pensamento que pode estar na base da explicação causal da acção humana. O modelo, aplica-se tanto às atribuições que se fazem sobre **nós próprios** (auto-atribuições) como às que visem outra pessoa (hetero-atribuições); por outro lado não se limita às atribuições de um tipo particular, podendo englobar atribuições referentes a aspectos tão diferentes como atitudes, tendências de personalidade emoções, intenções etc. (Leyens, 1979). Este modelo, conceptualiza o processo de atribuição causal, como uma charneira em redor de duas regras "Modelo de Atribuição ANOVA", derivando de uma analogia desprendida da análise de variância. Cada uma delas, é derivada de um mesmo principio geral-o da covariação. Para Kelley, um efeito é atribuído a uma condição na qual está presente quando o efeito também está, e, ausente quando o efeito está ausente (Gergen e Kenneth, 1986).

A Teoria de Kelley é particularmente útil, porque ilustra um dos traços principais das teorias da atribuição de uma maneira gráfica e compreensível, pelas explicações postuladas como resultado de algumas acções, da maneira pela qual a situação é percebida pela pessoa, que assume a responsabilidade causal ,formulando o problema da validade atributiva (Morales,1994).

De acordo com as ideias de Kelley (1967), Heider (1958), Jones e Davis (1965), o modelo geral, não requer apenas a informação em primeira mão, mas pode ser aplicado à informação contada, ou eventualmente a crenças ou pré-concepções (referidas na teoria como "esquema causal"), formadas na ausência apenas de múltiplas observações. Primeiro, as pessoas constroem as explicações, acerca do comportamento social de uma maneira que

é psicologicamente dinâmica, mais do que primariamente decidida. De facto o processo atribucional não tem nada a dizer acerca do problema do modo como as explicações são construídas serem verdadeiras ou falsas. Segundo, o processo parece legítimo, uma vez que as explicações são formadas com base numa causa lógica ou quase lógica. Visto desta maneira, a explicação social não é baseada em qualquer conhecimento actual de causalidade, mas é uma inferência feita com base em certos traços sociais dos actores acerca dos quais o observador tem qualquer tipo de informação. Consequentemente, a responsabilidade pode ser "verdadeira" ou não. Esta aproximação não é específica para explicar o comportamento das outras pessoas, uma vez que existem investigações que indicam que a explicação das nossas próprias acções pode ser manipulada com uma perspectiva atribucional (Davies, 1993).

Kelley (1967) fornece uma contribuição para o entendimento do fenómeno de atribuição de causalidade, apresentando determinados critérios que, quando atendidos por ocasião da atribuição, nos levam a maior certeza da atribuição feita. Os critérios apresentados por Kelley salientam mais o aspecto não-pessoal das inferências, enquanto que o de Jones e Davis, ressaltam mais o aspecto subjectivo, pessoal, do processo de atribuição. Os critérios sugeridos por Kelley (1987) são quatro:

- 1) **distinguiabilidade**: "a impressão é atribuída à coisa quando ocorre caracteristicamente, quando ela está presente e não ocorre na sua ausência";
- 2) **consistência no tempo**: "toda a vez que a coisa está presente, a reacção do indivíduo deve ser a mesma ou quase a mesma";
- 3) **consistência na modalidade**: "a reacção da pessoa deve ser consistente apesar de seu modo de interacção com a coisa variar. (Por exemplo, ela vê que algo tem uma superfície áspera e sente sua aspereza; ou primeiro ela estima a resposta de um problema e depois a calcula);
- 4) **consenso**: "atributos de origem externa são constatados da mesma forma por todos os observadores". (Leyens, 1979; Jones, 1987; Hewston, 1989 e 1992 Rodrigues, 1991; Davies, 1993).

Alguns autores, como Eiser (1980), Gergen e Kenneth (1986) e Morales (1994), não distinguem o critério da consistência, em consistência no tempo e na modalidade. Eles resumem que a consistência existe quando a pessoa responde sempre da mesma forma ou de forma parecida, ao estímulo ou situação considerada.

*Exemplo:* uma pessoa dá início ao treino desportivo, em vários momentos do dia ou em várias ocasiões e em sítios diferentes

Kelley faz uma analogia entre a atribuição baseada na razão entre o critério de distinguibilidade e os outros três critérios, com a estatística F usada em análise da variância. O valor de F, como se sabe, é fornecido pela razão entre a variância devida aos tratamentos e a variância erro. Quanto maior for o resultado, menor será a possibilidade das diferenças, atribuídas aos diferentes tratamentos, serem devidas ao acaso. Nos critérios sugeridos por Kelley, quanto menor for o denominador da fracção, isto é, quanto menor for a variabilidade dos critérios (2), (3) e (4) mencionados acima, e quanto mais nítida for a relação mudança/origem aparente dessa mudança, maior será a certeza da pessoa em relação à sua inferência.

A teoria da covariância, foi criada a partir da fundamentação das proposições de Heider. A primeira proposição é de que se chegou à compreensão do ambiente distal mediante uma análise causal, "de certo modo análogo aos métodos experimentais" (Heider, 1958, pág. 197); a segunda é de que a percepção social é similar a uma análise factorial "ingénuo" (Hewstone, 1992 pág. 43).

Kelley foi também influenciado pela proposição de Dunker (1945), no sentido de que a análise causal e efeito, se fazia mediante uma "indução abstrata" pseudocientífica. Kelley baseou o seu modelo na técnica estatística de análise de variância (ANOVA), a qual examina as mudanças numa variável dependente (o efeito) quando se manipulam variáveis independentes (as condições). Este modelo tem sido largamente utilizado na psicologia social a tal ponto que Kelley (1985) refere que o modelo ANOVA deixou de ser uma mera ferramenta analítica para passar a ser objecto de reflexão tanto em questões teóricas como investigativas (Hewstone, 1992).

Segundo Kelley, o propósito do perceptor é distinguir que efeitos são atribuídos a que factores entre os vários possíveis. A essência do modelo ANOVA fica exposta com maior claridade com um exemplo de L. McArthur(1972): " Ao John fã-lo rir o cómico", resultado que poderia ter sido ocasionado por algum aspecto na pessoa de John; pelas circunstâncias na ocasião em que se produz o resultado; pelo estímulo (pelo cómico) ou por uma combinação de todos estes factores. As variáveis independentes constituem os três modos possíveis de examinar as variações nos efeitos. O princípio de covariância sugere que o efeito se considera consequência do factor com o qual covaria, de tal modo que a

John apenas o faz rir o cómico - baixo consenso; e fê-lo de facto - alta coerência; e também o farão rir outros cómicos - baixa distinguibilidade; considera-se que o efeito é causado por algo na pessoa de John. Esta predição explícita de Kelley (1967), baseada nas três variáveis informativas referia-se à atribuição de identidade. A atribuição externa, faz-se quando existem provas de uma alta distinguibilidade, coerência e consenso dos efeitos apropriados (Morales, 1994).

O modelo ANOVA, como qualquer outro, levanta alguns problemas à investigação e ao investigador. De acordo com Hewstone (1992), os principais problemas deste modelo são os seguintes:

- 1) o princípio da covariância é certamente limitado para fazer inferências científicas de causalidade (Hilton, 1988). Na realidade, este princípio faz possíveis relações causais espúrias, uma vez que, como nos lembram os tratados de estatística, correlação não implica causalidade; assim como relação causal implica correlação. A distinção entre condições verdadeiramente causais e condições covariantes mas não causais, constitui um sério problema tanto atributivo como filosófico (Shaver, 1985);
- 2) o impacto das variáveis informativas sobre a atribuição causal sujeita-se à classe de comportamento implicado, e o referido impacto percebe-se mais claramente nas ocorrências do que nas acções (Zuckerman, 1978);
- 3) as limitações, anteriormente, mencionadas são acrescidas do facto, de, as pessoas nem sempre são correctas a avaliar a covariância entre acontecimentos (Crocker, 1981);
- 4) quando as atribuições são realizadas por participantes em situação experimental, dão a sensação de que aplicam o princípio da covariância, e, o seu verdadeiro processamento de informação pode ser completamente diferente do modelo de Kelley. Pelo facto de que, as atribuições das pessoas se ajustam ao modelo ANOVA, não significa que na sua mente se realize algo parecido.

Outro inconveniente do modelo da covariação, referido por Hewstone (1992), prende-se com o facto de requerer um grande número de observações que proporcionem informações sobre **consenso, distinguibilidade e coerência**. Ainda que Kelley sustentasse que, em caso de dados incompletos, as atribuições se realizam aplicando "esquemas causais"; estes esquemas são crenças/preconceitos - baseados na experiência - acerca do modo como interacionam certas classes de causas para produzir uma classe específica de efeitos.





*"Um esquema causal é a concepção geral que sustenta uma pessoa acerca do modo em que certas classes de causas interaccionam para produzir uma classe específica de efeito. Todo o esquema se pode descrever em função de uma matriz hipotética de dados que resuma as crenças e valores do atribuidor acerca da atribuição do efeito sobre várias combinações de factores causais" (Kelley, 1972, pág. 151; cit. Hewstone, 1992, p.46).*

Kelley (1973), propôs em linhas gerais, dois tipos principais de esquemas causais (Kelley, 1987; Rodrigues, 1991; Hewstone, 1992; Morales, 1994). O primeiro, designado por, *múltipla suficiente causa* (MSC), suporta a ideia de que, um efeito se produz quando está presente apenas uma das causas (causa A ou causa B) ou quando estão ambas presentes (causa A e causa B). O autor integra neste esquema dois princípios atributivos. O princípio, *discounting principle*, supõe que, causas diferentes produzem ou podem produzir igual efeito, o papel de uma dada causa ao produzir o efeito diminui se estão presentes outras causas plausíveis. Para citar apenas um exemplo, Thibaut e Riecken (1955), conduziram um estudo, no qual um jovem estudante era solicitado por um colega ou por uma pessoa de estatuto superior ao seu (um estudante de pós-graduação), a comportar-se de determinada maneira. A variável dependente do estudo, era a interpretação dada das razões que levaram o estudante a comportar-se da maneira solicitada. Quando a solicitação era feita de estatuto semelhante, a interpretação geral era no sentido de atribuir causalidade pessoal à acção do estudante; isto é, ele agiu assim porque quis. Já quando se tratava da solicitação feita pela pessoa de estatuto superior, a interpretação geral era no sentido de que foi o maior poder desta pessoa que levou o estudante a agir como agiu (causalidade externa). Aplicando-se, o *discounting principle*, a esta situação, verificamos o seguinte: no caso de pessoas com o mesmo estatuto e mesmo poder, a única causa plausível para o sentimento do estudante de atender à solicitação do outro é seu próprio desejo de assim agir; já no caso da pessoa de maior poder, é igualmente plausível que o estudante tenha agido assim em virtude do maior poder desta outra pessoa. Neste caso, o papel da causa interna é rejeitado e permanece o da causa externa plausível (Rodrigues, 1991).

Neste esquema causal, o problema mais frequente da atribuição na interacção social é o da relativização dos efeitos. Nesta situação o atribuidor não possui a informação sobre a causa e o efeito em pontos sucessivos no tempo. Mais, ele tem a informação acerca de um dado efeito e/ou mais das causas possíveis. O seu problema é atribuir o efeito a uma ou

mais dessas causas. Estando limitado nesta informação e sendo incapaz de fazer testes de covariância para decidir entre as várias condições causais, o atribuidor razoável fará aquilo que um bom investigador faria.

Se ele tem consciência (ou está certo) de várias causas aceitáveis, ele atribui menos efeito a uma delas, do que se soubesse que apenas há uma causa aceitável. Por outras palavras, faz a sua atribuição de acordo com o “princípio de abatimento”, o papel de uma dada causa na produção de um efeito, está mais esbatido se outras causas aceitáveis estiverem presentes.

Este abatimento reflecte-se de várias maneiras:

- o atribuidor confia menos que o efeito observado reflecte uma causa;
- está menos disposto a inferir que a magnitude de uma dada causa é tão notável, como pode por vezes ser indicada pelo efeito da magnitude observada;
- em situações onde a causa em questão é o atributo de uma pessoa, o atribuidor fará uma maior percentagem de atributos neutros, do que faria na ausência de outras causas.

O outro princípio, *augmentation principle*, o papel que desempenha uma dada causa aumenta se se produz um efeito em presença de uma causa inibidora. Segundo este princípio, sempre que há limitações, sacrifícios, custos ou riscos envolvidos num determinado comportamento exibido por uma pessoa, tal comportamento é mais facilmente atribuído à disposição interna da pessoa que o exhibe. O próprio Kelley reconhece que tal princípio tem muito em comum com o critério de não comunalidade dos efeitos de Jones e Davis já comentado anteriormente. De facto, quando um comportamento tem alta desejabilidade social tendemos a atribuí-lo menos às intenções da pessoa que às causas externas. Portanto, sempre que um comportamento é mais penoso, mais típico, menos convencionalmente exibido, mais tendemos a atribuí-lo a uma disposição subjacente de quem o exhibe, isto é, a seu próprio desejo de emití-lo, tal como indicado no segundo princípio proposto por Kelley.

O segundo esquema, que Kelley designa por *múltiple necessary cause* (MNC), admite que para se produzir o efeito é necessário operarem várias causas ao mesmo tempo.

Para um mesmo efeito é requerida a junção da acção de várias causas. Um diagrama desta natureza permite inferências diferentes do primeiro princípio (USC) em que o efeito era produzido apenas com a presença de uma causa.

Neste caso são precisas pelo menos duas causas para que o efeito se produza.

Pensa-se que quanto mais externo for o efeito para o atribuidor mais fácil é para ele assumir que tem como consequência múltiplas causas necessárias. Esta hipótese pode, também, ser colocada, admitindo-se que o diagrama de causas múltiplas suficientes é assumido quando duas causas são "pesadas", e, o diagrama causas múltiplas necessárias, quando as causas são "leves" (Kelley, 1987).

### **3 - ATRIBUIÇÃO E HÁBITO DE FUMAR**

A conceptualização atribucional tem implicações não só nos consumidores de tabaco mas também, nos especialistas de tratamento, educadores, legisladores e outros. A literatura refere o envolvimento do "esquema causal" nas circunstâncias onde há uma informação incompleta; mas em princípio não há nenhuma razão para suportar à priori as crenças, expectativas, atitudes, estereótipos e outros aspectos do conhecimento social subjectivo.

A atitude dos fumadores perante o acto de fumar é um problema que têm atraído muita atenção nos últimos anos. Alguns investigadores têm-se focalizado no papel dos pares (Mosbach & Leventhal, 1988) e dos pais (Murphy & Price, 1988). Outros perguntaram aos fumadores a atribuição sobre o seu acto de fumar de acordo com diferentes razões. Como por exemplo: prazer, relaxamento e controlo de peso. Estas investigações foram muitas vezes guiadas pela teoria das atribuições de Heider, (1958); Jones & Davis, (1965); e Kelley, (1972). Quando essas teorias foram aplicadas aos fumadores, os investigadores predisseram que os fumadores atribuíam o seu próprio acto de fumar a causas externas (exemplo: pares, diversão, prazer), enquanto os não-fumadores atribuíam aos fumadores razões que dependiam exclusivamente de factores inerentes à própria pessoa.

Os resultados de algumas investigações têm sido, ora inconsistentes ora não suportados pela teoria das atribuições. Eiser, Sutton e Wober (1978), estudaram uma população inglesa, onde encontraram evidência e suporte na teoria das atribuições, mas Sadava e Weither (1985), usando uma população canadiana não encontraram tais evidências.

Num estudo mais recente com uma população americana, Jenks (1993), mostrou que os fumadores citam a dependência psicológica como a maior razão para fumar, seguida

pelo relaxamento, dependência física e prazer. O controlo do peso, foi a razão menos importante referida nos resultados do estudo. Os fumadores, atribuíram, primariamente, o seu hábito de fumar a factores internos; e também disseram que é difícil deixar de fumar e que acreditavam que provavelmente experienciavam maiores problemas de saúde pelo facto de fumarem. Enquanto que, estudos prévios foram centrados em fumadores ou comparando fumadores com não fumadores, neste estudo o autor compara a visão dos sujeitos acerca do seu próprio acto de fumar com as suas percepções acerca de outros fumadores. Cada um poderá supor um indivíduo com certas características e ver nos outros que partilham a mesma qualidade como sendo similares a si próprios.

Pettigrew (1979), usando a atribuição do erro fundamental de Jones e Nisbett, (1972) para explicar as acções das pessoas, verificou que os membros de um grupo tendem a atribuir as suas próprias características, como similares às dos outros. Pettigrew chamou a esta tendência a atribuição do erro fundamental (Nisbett e Valins, 1987).

Há no entanto evidência do contrário. Um estudo com velhos (Harris & Associates, 1975), refere que os sujeitos perceberam a sua própria situação como diferente das dos outros velhos em geral. Os sujeitos percebem-se a eles próprios como pessoas de espírito mais aberto (mais compreensivos), e encontravam-se numa melhor situação para cumprirem as suas obrigações, e em melhor estado de saúde que os outros da mesma idade. Este tipo de efeito foi também observado num estudo de homossexuais (Jenks & Newman, 1991). Os sujeitos perceberam os seus próprios comportamentos como incongruentes com os estereótipos sociais da sociedade acerca dos homossexuais, mas percebem observando o comportamento dos outros homossexuais como estando congruentes com estes estereótipos. Quando as pessoas têm uma pequena informação acerca dos outros, mesmo daqueles com quem partilham características; eles muitas vezes recorrem a estereótipos para explicar o comportamento desses outros.

Baxter e Goldberg (1987) referem que estes sujeitos se vêem a si próprios como menos prognosticáveis e mais variáveis, do que vêem os outros do mesmo sexo e idade similar. Esses mesmos autores argumentam que, "ainda que os indivíduos apresentem a mesma disposição atribucional acerca deles próprios como com os outros, eles podem ainda perceber diferenças substanciais na consistência de comportamento entre eles próprios e os outros" (Jenks, 1993, p. 443).

Alguns estudos referem, que o comportamento de fumar é suportado por uma complexa rede de processos psicológicos e sociais o que sugere a presença de factores socio-culturais a influir directamente no hábito de fumar. Factores sociais e culturais que, distinguem antigo fumador de fumador actual, indicam que estes factores de comportamento podem estar relacionados com a capacidade de com sucesso deixar de fumar. Isto é indício de que os padrões atribucionais diferem de acordo com o sexo, com as mulheres a serem mais externas e atribuindo mais ao factor sorte que o homem. Quando, atribuição e expectativas de auto-eficácia são combinadas com variáveis demográficas, aumenta a compreensão sobre o processo de deixar de fumar e é promovido o poder predictivo relativamente ao deixar de fumar (Anderson e Anderson, 1990).

Nenhum estudo, mostrou um motivo convincente central; há elementos que são mais significativos para algumas pessoas que para outras. Uma interessante observação, é a de que, são raras as pessoas que têm prazer em fumar na escuridão; aparentemente eles necessitam de ver o fumo. Isto pode indicar a totalidade da "roda" da situação de fumar um ritual, o cheiro, a companhia, a meditação e a visão.

A maioria dos estudos, relacionados com a problemática do hábito de fumar, no âmbito da teoria da atribuição causal, contextualizam esse comportamento, na área dos comportamentos adictivos. J. Richard Eiser representa a contribuição mais coerente sobre a atribuição na adicção. Contudo ele não é o único investigador de adicção, mas um teórico de atribuição e psico-sociólogo (Voss, 1992). A sua contribuição mais importante na literatura da adicção, emerge do número de investigações sobre as razões que os fumadores dão ao hábito de fumar. As suas razões relacionam-se de várias maneiras com as crenças que têm acerca de cancro e dos perigos que advêm do hábito de fumar, e as suas percepções de como é difícil tentar deixar de fumar. Destes estudos, emergiu a conclusão de que as explicações na área da adicção fazem mais sentido quando vistas no contexto das teorias da atribuição. Os trabalhos de Eiser têm um estilo distinto nesta área. É claramente um trabalho de natureza psico-social, não fazendo qualquer concessão a percepções de ordem clínica, e usando escalas para medição que são extremamente concisas. Eiser escreveu em 1986; "o que as pessoas dizem acerca do seu hábito de fumar reflecte um processo de aprendizagem, uma vez que envolve a aquisição do hábito em si". A importância deste comentário reside no facto de que o hábito de fumar é visto como "comportamento adictivo" e o modo aceitável de explicação deste comportamento, emerge

de um processo comum de aprendizagem. Em contraste, alguns trabalhos sobre adicção, ainda assumem que estes são independentes e que por isso cada um pode descobrir as causas do uso das drogas, perguntando simplesmente às pessoas porque fazem isso.

Os trabalhos de Eiser (1970), são relacionados com a teoria da atribuição e sua relevância no acto de fumar. Todos dizem respeito às atribuições dos fumadores acerca dos aspectos do hábito, quer neles próprios quer entre outras pessoas, e há um interesse teórico sobre o efeito actor-observador. Os trabalhos, continham um questionário acerca do comportamento de fumar; quatro questões atribucionais para os fumadores, quatro questões atribucionais acerca dos fumadores para os não-fumadores. Os sujeitos foram classificados como fumadores, ex-fumadores, não-fumadores, e o questionário foi feito com scores numa escala de três pontos. O resultado mais importante deste estudo, foi o facto de o acto de fumar ter sido visto como uma adicção, quer pelos fumadores quer pelos não-fumadores. Os fumadores "pesados" distanciavam-se dos outros fumadores pela atribuição da adicção que faziam a eles próprios. Eiser explica que as pessoas fumam porque gostam, mas afirma que este motivo é de credibilidade insuficiente; e que a associação do conceito de adicção com o acto de fumar pelos fumadores, torna-se penoso para os fumadores deixarem de o fazer (Davies, 1993).

Eiser desenvolveu uma metodologia própria e o seu corpo de trabalhos inclui o estudo do uso de drogas ilícitas, e várias formas de análise multivariada.

Estudos de atribuições nos consumidores de droga, mostram a nível microcosmo, como tal contexto produz uma forma de "explicação adictiva" que é inextrincável do contexto (Davies, 1993). Investigações atribucionais mostram como formas de explicações podem ser relacionadas com o futuro comportamento e expectativas. Consequentemente, tendo criado as circunstâncias na qual uma forma particular de explicação é adaptativa, nós podemos razoavelmente esperar consequências que surgem desta forma de explicação.

Contudo, Eiser (1983) mantém-se cuidadoso acerca da sugestão, que as atribuições e comportamentos podem ser ligadas de maneira simples. Segundo Eiser, a expectativa parece ser a ligação crítica entre atribuição e comportamento, mas o conceito em si é tratado como relativamente não problemático em muitas investigações sobre atribuição. Por outro lado, investigações no âmbito da validade preditiva sugerem que os cálculos das pessoas acerca da probabilidade de acontecimentos futuros é sujeita a inúmeros desvios.

Importa compreender que, independentemente da natureza das causas, a relação que se estabelece entre causa e efeito é devida à forma como o indivíduo fumador interioriza valores associados ao uso do cigarro e os toma como seus. Sendo o hábito de fumar a causa de ter esses valores (Herranz e Boal, 1986). Por exemplo, alguns fumadores atribuem ao acto de fumar, um reforço à concentração na realização de determinadas actividades, o aparecimento de ideias brilhantes, ou um companheiro que marca presença nos bons e maus momentos. O fumador atribui que a causa de uma má prestação nas suas tarefas ou falta de concentração é devida à ausência do tabaco ou atribui o sucesso ao acto de fumar. Pode resumir-se, que a todo o momento se utiliza o cigarro para preservar um conjunto de valores e crêças que configuram a auto-imagem do fumador.

Um estudo, realizado por Martins com a população em geral, sugere que a atribuição sobre o hábito está relacionado com a avaliação que o fumador faz das suas hipóteses em deixar de fumar. Este estudo, refer-se ao cuidado que se deve ter na aplicação de investigação cognitiva, quando medições físicas não tenham sido incluídas no desenho de investigações desta natureza (Ochoa, 1990).

Segundo Kozlowski (1990), o estudo compreensivo sobre o comportamento de fumar exige que se considerem variáveis de natureza biológica, comportamentais e de relatos verbais, e, que se procure explorar as relações entre estas variáveis, no sentido de discutir problemas de validade dos auto-relatos.

#### **4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Efectuou-se neste capítulo, a conceptualização das diferentes teorias da atribuição, tendo em vista a melhor adequação a esta investigação. Procurou-se que o enquadramento teórico, refletisse a lógica do aparecimento e desenvolvimento das teorias da atribuição causal, situando no tempo e no espaço os autores que as preconizam, nomeadamente aqueles que são considerados como autores principais: Heider (1944), Jones e Davis (1965) e Kelley (1967).

Procedeu-se a uma explicação do conceito de causalidade (questão central para a teoria da atribuição), no sentido de o tornar o mais operacional possível, dado que, a sua clareza e compreensão se refletirá na interpretação dos resultados. A este conceito, foi

estabelecida uma ligação entre o que considera ser fundamental Heider - conhecer as explicações que as pessoas fornecem para os seus próprios comportamentos ou para os comportamentos dos outros; a ideia central de Jones e Davis- verificar como é que essas explicações se correspondem com o comportamento; e por último, com o conceito nuclear (conceito de esquema causal) da teoria de Kelley - verificar como é que os efeitos atribuídos á(s) causa(s) estão presentes ou não e se relacionam entre si, através de um modelo estatístico - ANOVA.

Na abordagem que se fez, sobre a especificidade de cada teoria da atribuição de causalidade, deu-se especial ênfase aos critérios que cada uma preconiza no sentido de se perceber quais as verdadeiras diferenças entre elas. Isto porque, na perspectiva de vários autores (Hewstone, 1992; Davies, 1993; Morales, 1994; Hilton, 1995), existe uma base comum a todas - incorporação da informação através de interações que conduz à construção de um modelo ou representação mental, regulando e determinando o comportamento do indivíduo.

Finalmente, procedeu-se a uma revisão de estudos realizados no âmbito desta problemática, no sentido de estabelecer e justificar uma coerência entre o campo de análise e aplicação das teorias da atribuição (psicologia social) e, a caracterização do comportamento de fumar (como um comportamento social) no contexto desta investigação.

Assim, considera-se que esta investigação se apoia no pressuposto de que o atribuidor se baseia em cognições sociais por três razões fundamentais:

- 1) a atribuição sobre o comportamento de fumar, é influenciada pela informação que o atribuidor possui acerca dos pares profissionais fumadores e, pela visibilidade social que o hábito de fumar tem na sociedade em geral;
- 2) o acto de fumar é praticado por pessoas com implicações (na saúde, no ambiente e na economia), a nível individual e colectivo e não um qualquer acontecimento físico.
- 3) o acto de fumar é percebido de forma diferente de indivíduo para indivíduo e de grupo para grupo.

De referir que, da revisão da literatura apresentada neste capítulo, resultou o desenho final da investigação e, por outro lado, orientou os procedimentos gerais, para a realização do estudo.



### **CAPÍTULO 3 - MATERIAL E MÉTODOS**

Procede-se neste capítulo, num primeiro momento, à apresentação dos objectivos específicos desta investigação. Num segundo, à abordagem geral da metodologia utilizada neste estudo, procurando que o seu enquadramento metodológico seja adequado e justificado pelas decisões tomadas ao longo do desenvolvimento do estudo. Seguidamente, descreve-se a metodologia e resultados das entrevistas. Por último, apresentam-se as técnicas e procedimentos para a construção da escala e para a selecção da amostra do estudo.

Os objectivos desta investigação, enquadram-se no objectivo geral das teorias da atribuição causal. Todas as teorias partilham uma preocupação central de querer conhecer, e compreender as explicações de sentido comum e, as possíveis respostas à pergunta: “porque é que as coisas acontecem assim?” Progressivamente, os teóricos procuraram outro tipo de respostas como por exemplo, caracterizar as regras que as pessoas aplicam quando fazem atribuições causais. Hoje em dia, diversos autores partilham a ideia, de que é necessário estudos com objectivos, que se coadunem com a especificidade dos contextos onde as atribuições são realizadas.

Foi com base nestes pressupostos teóricos (derivados das teorias da atribuição causal), que se definiram os objectivos específicos desta investigação.

O problema do tabagismo entre os profissionais de saúde e o pressuposto de que é fundamental para a intervenção juntos desses profissionais, conhecer as causas-razões que estão na base de tal comportamento, são as linhas orientadoras, na sua especificidade, para os objectivos que a seguir se apresentam. Por uma questão de método, referem-se, segundo uma lógica de execução no tempo e no processo de investigação. Assim, definiram-se os seguintes objectivos específicos:

- 1) identificar as explicações fornecidas pelos profissionais de saúde, sobre a manutenção do hábito de fumar nessa mesma população;
- 2) identificar a intenção dos profissionais de saúde quanto à manutenção ou abandono do consumo do tabaco;
- 3) identificar as dimensões atribucionais subjacentes na escala de atitudes;
- 4) analisar as relações estabelecidas entre as dimensões atribucionais, o comportamento de fumar e variáveis de natureza demográfica e socio-profissional;

5) analisar as diferenças atribucionais dos indivíduos fumadores, ex-fumadores e não-fumadores.

Passa-se a apresentar a classificação desta investigação, de acordo com os objectivos estabelecidos e metodologia utilizada.

Na perspectiva de Gil (1988), trata-se de uma pesquisa explicativa dado que, tem como principal preocupação identificar factores que determinam ou concorrem para a formação de atitudes atribucionais face à manutenção do consumo de tabaco. Segundo o mesmo autor, este é o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade que se pretende estudar, porque explica a razão, o porquê das coisas.

Numa outra perspectiva, é uma pesquisa do tipo não-experimental ou ex-post facto na medida em que não é possível manipular as variáveis independentes (também a sua natureza não o permitiria), designar sujeitos ou definir condições aleatórias (Kerlinger, 1980; Bryman e Cramer, 1992). As condições a que os indivíduos inquiridos foram submetidos foram as mesmas, não foram formados grupos à priori, pelo que não se exerceu qualquer controle sobre os mesmos. A informação referente às diferentes variáveis foi recolhida sob as mesmas condições e durante o mesmo período de tempo; podendo, por isso, dizer-se que se utiliza o método transversal (Lakatos, 1988). Numa outra perspectiva, pode afirmar-se que, é uma pesquisa de tipo exploratório, pela falta de estudos em Portugal, desta natureza; podendo ter um valor pragmático, capaz de suportar problemas precisos para investigações futuras.

Para a recolha da informação, foi utilizado o método da entrevista (estudo empirico) e do inquérito (segunda fase), dado pretender-se recolher, ao mesmo tempo, informações de diferentes variáveis.

Foram administrados dois instrumentos: a) um questionário (anexo I), que pretendia medir a prevalência do hábito de fumar no contexto definido, e onde estavam incluídas variáveis com função específica, para o estudo das qualidades psicométricas da escala e das hipóteses de trabalho e ainda variáveis de natureza sócio-demográfica, idade, sexo, estado civil e grupo profissional. Estas são orientações de alguns investigadores como Kozlowski e Ochoa, (1990), Já referidos anteriormente (cap.2); b) uma escala de atitudes para medir as atitudes atribucionais de causalidade do consumo de tabaco, nos profissionais de saúde (AnexoII).

Porém, o plano de investigação contemplou procedimentos preliminares, que se passam a referir: a) a partir de um questionário utilizado pela OMS em diversos estudos, sobre o hábito de fumar nos profissionais de saúde, foi feita uma apreciação do mesmo, no sentido de seleccionar as melhores questões e adequá-las à finalidade do estudo e ao contexto onde se desenvolveu a investigação, cujos resultados se encontram resumidos no quadro 3; b) realização de entrevistas exploratórias com a finalidade de elaborar os itens que iriam constituir a escala de atitudes, cuja metodologia será descrita oportunamente. Este procedimento, foi orientado pela controvérsia que tem havido entre o melhor instrumento para medir atribuições, se questões abertas se questões fechadas. Na opinião de Hewstone (1992) em ambas as técnicas, existem claras vantagens e desvantagens. No entanto, afirma que não existe consenso na aplicação de uma em detrimento da outra; as duas técnicas são igualmente válidas, desde que, cumpram a função com rigor em relação à especificidade do problema em estudo. Contudo, qualquer uma delas recolhe informação a partir de atribuições provocadas nos sujeitos atribuidores; ficando a dúvida, em saber se as atribuições causais são devidas aos procedimentos metodológicos se emitidas de verdade pelo atribuidor.

Para resolver este problema, Weiner (1985), após um estudo profundo de trabalhos que utilizaram apenas as atribuições forçadas, concluiu que persistem dúvidas, se as atribuições designadas por espontâneas são verdadeiramente espontâneas. Qual o grau dessa espontaneidade? Por esta razão, actualmente as investigações estão mais viradas para as atribuições de cognições sociais e em ambientes naturais.

Porém, há autores como Elige e Frieze (1979), que são a favor do uso de escalas de medição, sem colocar de parte o uso de questões abertas, referindo-se a estas, como sendo mais importantes na fase do estudo piloto da investigação (Maruyama, 1982). Kozlowski (1990) refere que, os auto-relatos são um importante meio para o estudo e compreensão do comportamento de fumar.

**Quadro 3 - Indicadores para medir a variável comportamental**

DIMENSÕES	INDICADORES
Fumadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Número de cigarros /dia</li> <li>* Tempo de fumador</li> <li>* Forma de fumar</li> <li>* Tipo de tabaco</li> <li>* Marca de tabaco</li> <li>* Atitudes relativas à mudança/comportamento</li> <li>* Motivos que o levaram a experimentar a mudança de comportamentos</li> <li>* Expectativas em relação ao comportamento futuro</li> <li>* Atitudes face ao efeitos nocivos do tabaco na própria saúde</li> <li>* Atitudes face aos efeitos negativos que o próprio comportamento pode ter na saúde dos outros</li> <li>* Comportamento de fumar no exercício da profissão</li> <li>* Motivos que justificam a manutenção do seu hábito de fumar</li> </ul>
Não fumadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Motivos que justificam a manutenção do hábito de fumar dos profissionais de saúde</li> </ul>
Ex-fumadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Motivos que justificam a manutenção do hábito de fumar dos profissionais de saúde</li> <li>* Tempo de manutenção do hábito de fumar</li> <li>* Tempo do actual comportamento</li> <li>* Número de vezes que experimentaram abandonar o consumo de tabaco</li> <li>* Tempo de fumador, até ao momento em experimentaram a mudança de comportamento pela primeira vez</li> <li>* Motivos que justificam o seu comportamento actual</li> </ul>

Quanto ao método utilizado, no tratamento da informação é, fundamentalmente, o método estatístico que se baseia na aplicação da teoria estatística da probabilidade. O estudo das correlações a análise multivariada, e, o método das diferenças nomeadamente na classificação dos indivíduos quanto ao consumo de tabaco e o seu posicionamento na escala atribucional, mostram-se também opções pertinentes, tendo em conta os objectivos do estudo. Os elementos justificativos, para cada um dos métodos referidos, bem como a especificação das técnicas envolventes, serão fornecidos no momento da sua aplicação.

Assim, nos subcapítulos que se seguem, procede-se num primeiro momento, à descrição do modo como foram realizadas e analisadas as entrevistas e respectivos resultados; para, num segundo momento, se apresentar e discutir as opções metodológicas, para o estudo das qualidades psicométricas da escala de atitudes. Com base nas análises estatísticas efectuadas, procurar-se-à estimar o grau de fidedignidade e validade dessa informação.

## **1 - ESTUDO QUALITATIVO**

A fase preliminar, constituiu um momento rico de aprendizagem sobre o problema e questões a medir. Este momento, tornou-se fundamental e pertinente quer para a compreensão do quadro de referência quer para a validação de alguns aspectos metodológicos subjacentes.

Assim, nesta fase exploratória, desenvolveu-se uma aprendizagem que orientou a tomada de decisão ao longo do processo de investigação.

Procede-se de seguida à descrição da metodologia utilizada e dos resultados obtidos.

### **1.1 - ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS**

Com o objectivo de recolher informação que permitisse a construção de uma escala de atitudes aplicada à manutenção do consumo de tabaco, realizaram-se entrevistas não - directivas, também chamadas entrevistas livres ou em profundidade (Ghiglione e Matalon,

1992), a indivíduos fumadores e não fumadores, num total de 10 sujeitos, de ambos os sexos, de entre médicos e enfermeiros escolhidos ao acaso.

Foram considerados casos significativos, de acordo com o objecto e objectivo do estudo, indivíduos que respondessem aos seguintes critérios: a) fumadores de consumo diário; b) indivíduos fumadores no passado; c) indivíduos que nunca tinham fumado.

Neste sentido, fez-se uma primeira abordagem de carácter meramente informal aos indivíduos que se apresentavam como potenciais entrevistados, procurando-se indagar da possibilidade de se virem a realizar entrevistas. Esta fase foi particularmente importante, porque permitiu uma aproximação entre entrevistado e entrevistador, facilitando assim o processo de relação e aceitação mútua.

Por outro lado, procurou-se que o efeito reactivo por parte dos sujeitos fosse minimizado. Diversos autores referem que, a validade dos resultados depende, entre outros aspectos, do tipo de instrumentos de avaliação. Uma questão central, neste âmbito, refere-se à reactividade das respostas (Carvalho, 1993). Por exemplo, Mcfall (1970) cit. Carvalho (1993), verificou que o auto-relato do consumo de tabaco interfere na frequência do consumo dessa substância. Segundo o mesmo autor, é importante uma adequada atenção às questões relativas à reactividade das respostas bem como ao contexto social, motivação e características da tarefa que mediatizam a recolha de dados tendo em vista a elaboração de instrumentos para avaliar atitudes.

Seleccionados os sujeitos, procedeu-se à informação detalhada do objectivo e do tipo de entrevista pretendida, com marcação do local e hora. As entrevistas tinham uma duração prevista, de aproximadamente 30 a 45 minutos tendo sido realizadas no próprio local de trabalho por uma questão de concordância com o contexto onde iria decorrer o segundo momento de recolha de dados.

Respeitados todos os requisitos éticos e metodológicos que envolvem esta técnica de recolha de informação, utilizou-se como forma de registo imediato a gravação, com a finalidade de garantir a fidedignidade do auto-relato.

Como se pretendia que o entrevistado manifestasse as suas opiniões da forma mais objectiva e espontânea possível, foi pedido no início da entrevista, que procedesse a uma abordagem o mais pormenorizada possível dos motivos ou razões que, na sua perspectiva, estavam na origem da manutenção do consumo de tabaco.

Assim, perguntou-se aos sujeitos: **quais os motivos ou razões que justificavam a manutenção do consumo de tabaco.**

A intervenção do entrevistador limitou-se ao encorajamento sem acrescentar qualquer informação ou nova orientação; apenas intervinha em situações que merecessem um maior aprofundamento do assunto. Nestes casos, o entrevistador pedia ao entrevistado para fornecer pormenores, deste ou daquele aspecto. Nas situações em que o entrevistado se afastasse demasiado do assunto era introduzido um estímulo no sentido de se retomar o assunto central.

O tema era introduzido fazendo referência, a título de exemplo, à natureza dessas razões: de natureza social, psicológica ou ambiental e ainda de carácter negativo ou positivo. Desta forma, pretendia-se que o entrevistado reflectisse o problema e evocasse aspectos relacionados com o tema da entrevista, no sentido de formar uma opinião. Este procedimento, é, na perspectiva de Ghiglione e Matalon (1992), uma forma de reduzir a ambiguidade, uma vez que o indivíduo entrevistado é obrigado a estruturar, ele próprio, um quadro de referência a partir da informação, quer de natureza cognitiva quer afectiva e experiencial, relativamente ao objecto.

Segundo o mesmo autor, o conceito de ambiguidade, é fundamental neste tipo de entrevista, uma vez que a introdução, apenas, de um tema muito geral permite ao entrevistado conduzir, desde logo, o seu próprio raciocínio; podendo não incluir, aspectos particulares que interessem ao investigador. E, por outro lado, evita que o sujeito se liberte da tendência que existe nestas situações para seleccionar aspectos que sejam socialmente mais aceitáveis. Este fenómeno, na opinião de Bradburn (1983) citado por Carvalho (1993), é característico do processo de reactividade associada a medidas centradas nas cognições e atitudes sobre drogas.

Neste sentido, os entrevistados eram encorajados a procederem a uma abordagem livre e espontânea que poderiam, desde logo, incluir explicações sobre os tópicos, anteriormente introduzidos.

## 1.2 - RESULTADOS DA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Para a análise das entrevistas recorreu-se à técnica de análise de conteúdo seguindo-se, na generalidade, as fases propostas por Ander - Egg (1978, p. 199) citado por Lakatos (1988).

Considerou-se como unidade de análise todas as frases (em sentido afirmativo ou valorativo) e ou palavras-chave que reflectissem razões, que na perspectiva do entrevistado, justificassem a manutenção do consumo de tabaco. O importante (seguindo a perspectiva do mesmo autor) não é tanto as palavras segundo a sua natureza semântica, mas mais o sentido e contexto onde elas estão inseridas (Lakatos, 1988).

Procurou-se que toda a apreciação (tomada de posição) feita pelo sujeito, fosse interpretada com a maior objectividade possível por forma a que, as categorias reflectissem tal objectividade, dando assim, sentido às proposições delas resultantes.

Berelson, citado por Ghiglione e Matalon (1992), argumenta que os trabalhos serão produtivos na medida em que as categorias sejam claramente formuladas e bem adaptadas ao problema e ao conteúdo.

Contudo, houve muita dificuldade na organização da informação, tendo em vista a identificação das categorias subjacentes. Como se pode verificar, através da análise das entrevistas (anexo IV), as explicações dadas pelos sujeitos, eram fornecidas, de forma repetitiva; isto é, ao se referirem a uma razão, logo lhe associavam outra já anteriormente mencionada. Parecendo que, o processo pelo qual os indivíduos organizam a informação sobre o objecto, obedece a uma partilha de responsabilidade entre as diferentes razões apresentadas. Por estes motivos, foi desenvolvido um esforço no sentido de que, em cada unidade de análise da entrevista, houvesse pelo menos um aspecto exclusivo dessa categoria.

A análise de conjunto efectuada, permitiu identificar oito categorias atribucionais gerais ligadas ao consumo de tabaco. Tais categorias são genericamente, designadas por:

- 1) mecanismos de adaptação ao trabalho;
- 2) prazer/satisfação;
- 3) consequências negativas;
- 4) relacionamento interpessoal;
- 5) resolução de problemas pessoais;
- 6) tranquilizante;
- 7) efeitos adictivos;
- 8) hábito e estilo de vida.

Assim, a categoria, “mecanismos de adaptação ao trabalho”, inclui, basicamente afirmações sobre aspectos ligados à actividade profissional, actividades da vida diária, e, a



condições pessoais quer do âmbito biológico quer psicológico. Parece haver uma ideia geral de que, o consumo de tabaco serve de estímulo ao individuo que pratica o acto, promovendo a sua adaptação a dois níveis: ao nível pessoal (organico - funcional e psicológico); a nível relacional ( nomeadamente pelo efeito do tabaco como um meio facilitador da realização das actividades da vida diária e profissionais).

A categoria, “prazer\satisfação”, refere-se na generalidade ao hábito de fumar como uma forma de ocupar o tempo e uma ajuda para aguentar a rotina e o stress derivado do trabalho. A ideia geral, é a de que, o individuo obtem um efeito agradável, derivado do consumo de tabaco.

As afirmações dos sujeitos relacionadas com a terceira categoria, “consequências negativas”, situam-se em três níveis; motivacional, relacional e responsabilidade profissional.

Na quarta categoria, “relacionamento interpessoal”, os sujeitos, desenvolvem afirmações que traduzem as facilidades que o acto de fumar comporta no relacionamento com os outros, nomeadamente em actos sociais, parecendo ajudar o individuo a adquirir um estatuto social que, por sua vez, promove a sua auto-imagem.

A quinta categoria, “resolução de problemas pessoais”, basicamente combina a forma como o individuo percepçiona o acto de fumar em momentos que constituem problema para si (ex. solidão), com o resultado obtido pela prática do acto.

Na sexta categoria, “tranquilizante”, as afirmações produzidas pelos sujeitos referem-se na sua grande maioria, à necessidade de recurso ao consumo de tabaco em situações de ansiedade, provocada por situações de trabalho e como forma de libertar energia corporal.

Na categoria, “efeitos adictivos”, os sujeitos evocam, na sua grande maioria, razões ligadas ao efeito provocado pela nicotina e cotinina no organismo, comparando mesmo esse efeito ao de outras drogas; considerando o efeito sumático e a irreversibilidade do processo.

Por último a categoria, “hábito e estilo de vida”, parece refletir a ideia geral de que, o comportamento de fumar se assemelha a qualquer outro do quotidiano da pessoa. O acto de fumar acontece como o momento do café, da refeição etc.

Dado que, o objectivo central, apartir da análise das entrevistas, era construir uma escala de multiplos itens, e, pelas dificuldades na categorização, já anteriormente referidas, procedeu-se a uma análise das afirmações dos sujeitos, seleccionando apenas aquelas que

pareciam refletir uma causa, favorável ou desfavorável ao consumo de tabaco. Porém o exercício da categorização, revelou-se muito útil, na medida em que nos alertou para possíveis problemas, em análises futuras. Orientou ainda a tomada de decisão em aspectos metodológicos, e, a formulação teórica das dimensões resultantes da análise factorial (cf. capítulo 5).

No quadro 4, resumem-se as atribuições sobre a manutenção do consumo de tabaco, entre médicos e enfermeiros, de acordo com os diferentes grupos.

**Quadro 4 - Explicações sobre o consumo de tabaco dos sujeitos entrevistados**

FUMADOR	EX-FUMADOR	NÃO-FUMADOR
<ul style="list-style-type: none"> <li>* dependência à nicotina</li> <li>* combater o stress</li> <li>* funciona como tranquilizante</li> <li>* bem-estar psicológico</li> <li>* recuso-me a parar de fumar</li> <li>* facilita relacionamento familiar</li> <li>* não acredito em consequências graves</li> <li>* sinto necessidade de fumar</li> <li>* serve de estimulante</li> <li>* para combater a solidão</li> <li>* associo o cigarro a certas actividades de vida</li> <li>* não tenho motivação para deixar de fumar</li> <li>* quando trabalho preciso de fumar</li> <li>* porque não existem empedimentos seguros</li> <li>* fumar dá prazer</li> <li>* é um mecanismo automático</li> <li>* fornece-me poder de concentração</li> <li>* ajuda-me na realização das actividades profissionais</li> <li>* compenso com a realização de exercicios fisicos, alimentação etc.</li> <li>* serve de apoio</li> <li>* deixar de fumar tem efeitos negativos (dormir mal, diminui a concentração, irritabilidade, engordar etc.</li> <li>* é um estímulo condicionado, pelo cheiro e acto</li> <li>* ajuda-me a decidir</li> <li>* resposta a situações de trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* estratégia de adaptação em ambientes de convívio</li> <li>* é uma forma de recompensa pessoal</li> <li>* prazer da pessoa</li> <li>* gosto pelo paladar ou cheiro</li> <li>* meio de suporte no relacionamento com os outros</li> <li>* acto involuntário</li> <li>* para combater a solidão</li> <li>* por exibicionismo (marca de cigarro, poder económico etc.)</li> <li>* por razões ligadas ao ambiente de trabalho</li> <li>* por falta de vontade em deixar de fumar</li> <li>* para interromper a rotina no trabalho</li> <li>* ausência de um problema grave de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* apreciar o aroma do tabaco</li> <li>* para manter um estilo pessoal</li> <li>* por prazer</li> <li>* associação a determinadas actividades diárias</li> <li>* para combater ansiedade derivada do trabalho</li> <li>* para conseguir aproximação a determinadas pessoas</li> <li>* para combater a solidão</li> <li>* é um reflexo condicionado</li> <li>* por dependência à nicotina</li> <li>* por não se acreditar nas consequências negativas</li> <li>* por falta de vontade em deixar de fumar</li> <li>* porque se quer fumar</li> </ul>

Seguidamente, procedeu-se à elaboração de um conjunto de itens, com a preocupação de serem, genericamente, relacionados em termos do seu conteúdo, com as explicações fornecidas pelos sujeitos. O inventário dos itens, feito a partir da análise das entrevistas, foi complementado com a introdução de alguns itens com origem na literatura consultada no domínio desta investigação, ficando assim, constituído por 54 itens (Anexo III) que, foram distribuídos entre si ao acaso.

Após selecção e formulação dos itens, foi conduzida uma discussão em grupo, no sentido de recolher opiniões sobre os seguintes aspectos: clareza da linguagem, redundância, ambiguidade e dificuldades ao nível da compreensão/interpretação dos mesmos. Em consequência da aplicação destes critérios, foram efectuadas alterações resultantes da observação crítica dos intervenientes, que configuraram a versão da escala, aplicada aos sujeitos da amostra.

## **2 - ELABORAÇÃO DA ESCALA DE ATITUDES**

Nas linhas que se seguem procede-se a algumas considerações sobre conceitos e critérios básicos que orientaram a construção dos itens, tendo em vista a sua redacção final, e, o critério de medida da opinião dos sujeitos relativa ao conteúdo de cada item.

### **2.1 - FORMULAÇÃO DOS ITENS**

A redacção dos itens, é na perspectiva de alguns autores algo difícil, principalmente quando se trata de construir uma escala de atitudes. Assim, deve ter-se em conta o objectivo da investigação e o nível em que cada item está incluído na taxonomia de Bloom: conhecimento, compreensão, aplicação, análise, síntese e avaliação (Page, 1993).

Dado que as entrevistas foram conduzidas por forma a obter-se informação valorativa sobre os motivos que levam as pessoas a prosseguirem, no tempo, o consumo de tabaco; considera-se que, o conjunto dos itens se integram ao nível da avaliação (taxonomia de Bloom) que os sujeitos fazem do comportamento de fumar.

A natureza dos itens da escala utilizada, são de tipo directo (Gil, 1988), uma vez que a sua construção foi feita sob a forma de enunciado de atitude, cabendo ao inquirido indicar a sua concordância ou discordância em relação a cada um deles.

Procurou-se que os itens fossem adequados à população a inquirir e que a sua redacção fosse o mais clara e concisa possível. Elaboraram-se itens positivos, aqueles que exprimem uma posição favorável ao consumo de tabaco e itens negativos, os que são desfavoráveis; a fim de evitar fenómenos de aquiescência e de tendência de respostas também designado por enfiamento de positividade, isto é, a todas as coisas iguais temos mais tendência para responder “sim” do que “não” de “acordo” ou “desacordo” (Ghiglione e Matalon, 1992; Golombok e Ruste, 1992). Estes autores, referem que o conteúdo dos diversos itens pode variar substancialmente. Os estímulos apresentados, costumam sempre envolver qualquer tipo de adjectivos. Estes autores assinalam que é discutível se dado estímulo tem vantagens sobre outro. Mas, referem que, estímulos de adjectivos únicos podem estar mais sujeitos a interpretações semânticas equívocas do que as descrições por palavras múltiplas.

Foi feito um esforço no sentido de responder o mais adequadamente possível a problemas relacionados com a redacção dos itens, abordados por Ghiglione e Matalon (1992), tais como:

- 1 - Fonte de ambiguidade ou de incompreensão - este problema pode ser minimizado se se evitar a inclusão de dupla negação.
- 2 - Exame crítico de cada questão, relativamente ao seu conteúdo e significado das respostas possíveis.
- 3 - Evitar a introdução de duas ideias na mesma questão. Quando isto acontece, há um efeito de anulação. Uma proposição formada pela conjugação de duas outras, será falsa se pelo menos uma delas o for.
- 4 - Evitar termos carregados de afectividade, juízos de valor ou conotações diversas. Este procedimento faz com que o sentido da resposta não mude, a interpretação dada ao item é a mesma para todas as pessoas.

## **2.2 - CONSTRUÇÃO DA ESCALA**

Considerando-se que um item é um enunciado de uma situação problemática, sobre a qual se pretende uma resposta única (Page, 1993), obedeceu-se a certas recomendações de carácter formal.

Optou-se por uma escala de alternativa múltipla (tipo Likert) com cinco possibilidades de resposta, graduada de 1 a 5, em que, ao valor mais baixo (1) corresponde desacordo total com o conteúdo manifesto do item e ao valor mais alto (5) acordo total. Isto é, ao valor mais alto da escala, corresponde uma atitude mais favorável ao consumo de tabaco, e, ao valor mais baixo uma atitude desfavorável.

Este tipo de enunciado de opinião é, segundo Ghiglione e Matalon (1992), o mais flexível, evita a forma interrogativa e por conseguinte, incompreensões sobretudo quando o enunciado é formulado pela negativa; por outro lado ainda, evita que as respostas sejam consideradas certas ou erradas e não obriga o inquirido a tomar uma opção forçada, a qual poderá não reflectir a sua verdadeira opinião.

Numa tentativa de evitar riscos de distorção nas avaliações feitas pelas diferentes pessoas, pelas eventuais conotações atribuídas aos números, optou-se por apresentar aos inquiridos uma escala semântica, com diferentes níveis de concordância, ficando a sua codificação com números, apenas para o momento da organização da informação tendo em vista o tratamento estatístico.

## **3 - AMOSTRA E CONTEXTO DO ESTUDO**

Foi definido como campo de análise uma instituição de saúde especializada na doença oncológica, limitando-se o estudo aos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, pelas razões já referidas anteriormente. Por outro lado, actualmente as investigações no âmbito da teoria das atribuições, estão mais voltadas para investigar em ambientes naturais; é dada maior importância aos contextos onde são produzidas, e, aos grupos sociais a que o atribuidor pertence (Kelley e Michela, 1980).

Na impossibilidade de se constituir uma amostra probabilística, pelo facto deste tipo de amostragem exigir tempo e meios de que não se dispunha, decidiu-se inquirir o maior

número possível de indivíduos num determinado período de tempo (Março de 1995) uma vez que os erros amostrais, em termos de diferenças entre a amostra e a população considerada, podem ser reduzidos aumentando a dimensão da amostra (Bryman e Cramer, 1992). De facto, este é um problema com que a maioria dos investigadores lida. Por isso adoptaram-se procedimentos de amostragem, designadas amostras de conveniência ou acidentais; isto é, são amostras escolhidas pelo investigador ou que se escolhem a si próprias na medida em que todos os indivíduos são voluntários para colaborar na investigação (Bryman e Cramer, 1992). De resto, alguns autores chamam à atenção para o facto de existirem factores, nas amostras probabilísticas, como é o caso das não-respostas, que podem ter um efeito negativo na sua representatividade. Na perspectiva de Ghiglione e Matalon (1992), a questão da representatividade de uma amostra é muito menos rigorosa, quando se procura verificar hipóteses sobre relações entre variáveis.

Numa revisão de 126 artigos, dedicados a estudos organizacionais usando o método correlacional, Mitchell (1985), citado por Bryman e Cramer (1992), verificou que só vinte e um (21) investigadores se tinham debruçado sobre a escolha de amostras probabilísticas. Por outro lado, o interesse pela realização do estudo num contexto institucional específico, aumentou consideravelmente as dificuldades de controlar a escolha dos sujeitos, em resultado de constrangimentos de natureza administrativa e outros.

Assim, foram inquiridos os indivíduos a que se teve acesso, num total de 287, no período de tempo estabelecido. Neste tipo de amostragem, segundo Gil (1988), admite-se que os elementos a que se tem acesso, possam, de alguma forma representar o universo.

#### **4 - PROCEDIMENTOS**

Descrevem-se nesta secção, os procedimentos adoptados para a recolha da informação, no sentido de minimizar ou se possível eliminar fontes de invalidação da informação fornecida.

O erro de medição é um problema que está sempre presente, independentemente do tipo de investigação e do contexto onde ela é desenvolvida (Polit e Hungler, 1985). Os factores que interferem nessa medição podem referir-se ao instrumento de recolha de dados ou a outros procedimentos metodológicos no processo de pesquisa.

Assim, e, no sentido de maximizar a possibilidade de uma verdadeira medição, manteve-se o anonimato das respostas e procurou-se controlar todos os factores de ordem relacional, dando liberdade de opção aos sujeitos, em colaborar no estudo, para minimizar efeitos que, pudessem de alguma forma interferir ou provocar respostas reactivas. Segundo Carvalho (1993) é importante uma adequada atenção às questões relativas à reactividade das respostas bem como ao contexto social, motivação e características da tarefa que mediatizam a recolha de dados tendo em vista a elaboração de instrumentos para avaliar atitudes sobre drogas; no sentido de minimizar fontes de invalidação.

Os instrumentos foram entregues em mão pelo investigador, tendo-se o cuidado de dar todas as explicações necessárias para o seu correcto preenchimento. Este, foi feito a partir de um contacto pessoal, e foi o próprio inquirido que o preencheu. Por isso e, na opinião de Quivy (1992), diz-se que é de administração directa.

Outro aspecto importante foi o facto de se ter dado a possibilidade aos inquiridos de preencherem o questionário num momento do dia à sua escolha para garantir uma certa disponibilidade e tranquilidade, permitindo assim uma maior espontaneidade e rapidez de resposta.

Segundo Polit e Hungler (1985), os factores pessoais temporais podem alterar os resultados uma vez que, influem na sua motivação para colaborar, actuar “naturalmente” ou ter condições para o melhor desempenho.

Este foi um problema com que se lidou de uma forma sistemática, dado que, os dados foram recolhidos no contexto de trabalho dos inquiridos, com todos os inconvenientes daí resultantes, nomeadamente no que se refere à disponibilidade de tempo e falta de receptividade para colaborar neste tipo de trabalhos.

## **5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Foram apresentados neste capítulo, fundamentalmente, os procedimentos e resultados do estudo empirico, tendo em vista a construção e validação da escala de atribuições de causalidade do comportamento de fumar nos profissionais de saúde.

Procurou-se justificar a importância, de que se reveste a utilização das entrevistas livres, numa fase exploratória de estudos desta natureza e, a utilização de instrumentos de

medida que permitam inferências estatísticas. Na opinião de Hewstone (1992), é fundamental uma metodologia adequada para o estudo de atribuições causais. Por outro lado, foi realçada a importância que, hoje em dia, é dada à especificidade dos contextos onde os estudos se desenvolvem e à escolha da amostra.

No que diz respeito às entrevistas, destacam-se dois aspectos centrais: um ao nível metodológico, outro ao nível dos resultados. A nível metodológico refere-se a importância de cumprir alguns requisitos como por exemplo, fornecer informação por um lado e dar espaço por outro ao entrevistado para ele próprio poder criar um quadro de referência que lhe permita decidir sobre as explicações a fornecer. Dos resultados, destaca-se a riqueza de informação recolhida que permitiu a construção da escala atribucional e, ainda, as diferenças encontradas no conteúdo causal dos três grupos de sujeitos - fumadores, ex-fumadores e não-fumadores.

Na generalidade, as opções metodológicas tomadas, nesta fase, pareceram ser adequadas aos objectivos do estudo.



## **CAPÍTULO 4 - AVALIAÇÃO DAS QUALIDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA ATRIBUCIONAL**

Apresentam-se neste capítulo os resultados obtidos da aplicação dos instrumentos referidos no capítulo anterior. Numa primeira fase, abordam-se as características gerais da amostra relativamente às variáveis: sexo, idade, estado civil e grupo profissional. De seguida faz-se a descrição do comportamento de fumar e respectiva prevalência segundo as variáveis atrás mencionadas.

Na segunda fase, procede-se à selecção dos itens e ao estudo das qualidades psicométricas da escala de atitudes de acordo com a sua versão final.

### **1 - DESCRIÇÃO DA AMOSTRA**

Antes de se avançar para a discussão das qualidades psicométricas da escala de atitudes procede-se à descrição da amostra do estudo, segundo as suas características demográficas e socio-profissionais, para de seguida se fazer referência à variável comportamental.

Os questionários foram aplicados a um total de 287 sujeitos de entre médicos e enfermeiros e de acordo com a metodologia já descrita no capítulo anterior.

No quadro 5 descreve-se a amostra em função do grupo profissional, sexo, estado civil e idade. Pela leitura do quadro (colunas "totais"), verifica-se que, do total de inquiridos, 20.9% são do sexo masculino e 79.1% do sexo feminino. Relativamente ao estado civil, distribuem-se da seguinte forma: aos indivíduos solteiros corresponde 38.8%, aos casados 56.6%, aos separados 4.2% e apenas um indivíduo 0.3% está na condição de viúvo.

No que diz respeito à idade, pode dizer-se que estamos perante uma amostra formada por indivíduos relativamente jovens já que a média de idades se situa nos 34.07 anos; o valor do desvio padrão é de 10.08; a moda é 26 anos; o leque 21-67 (período da idade activa) mediana 31.0 e a simetria 0.99.

De referir, que o grupo de enfermeiros corresponde a três quartos dos sujeitos (75.3%) comparativamente com o grupo de médicos que, representam aproximadamente 25.0% da amostra.

**Quadro 5 - Distribuição numérica e percentual dos inquiridos segundo o sexo e estado civil**

<b>Variáveis Demográficas</b>	<b>Médicos</b>		<b>Enfermeiros</b>		<b>Total</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>						
<b>M</b>	40	66.7	20	33.3	60	20.9
<b>F</b>	31	13.7	196	86.3	227	79.1
<b>Total</b>	71	24.7	216	75.3	287	100
<b>*Estado Civil</b>						
Solteiros	9	8.1	102	91.9	111	38.8
Casados	57	35.2	105	64.8	162	56.6
Separados	3	25.0	9	75.0	12	4.2
Viúvo	1	100	-	-	1	0.3
<b>Total</b>	70	24.5	216	75.5	286	100

*\* Valores omissos na variável*

### **1.1 - PREVALÊNCIA DO HÁBITO DE FUMAR**

No quadro 6 são apresentados os resultados referentes ao consumo de tabaco segundo as variáveis de natureza demográfica e socio-profissional.

Como se constata, 58.5% dos indivíduos inquiridos referem nunca terem fumado e consequentemente cerca de 41.4%, ou são fumadores (26.1%) ou abandonaram o hábito de fumar (15.3%).

Comparativamente, pode referir-se que, a taxa dos fumadores entre os indivíduos da amostra (26.1%), é equivalente à taxa de fumadores, da população em geral em Portugal (26.0%), e, mais baixa que a média Europeia que se situa nos 34.0% (Joossens, 1994). Contudo, se atendermos ao facto de que, o grupo de indivíduos que dizem ter abandonado o consumo de tabaco (17.6%) o terem feito à relativamente pouco tempo (à menos de dois anos) pode inferir-se que, ainda não é seguro que estes indivíduos não venham a ser reincidentes. No entanto, Gordon (1994) considera que um fumador se torna um ex-fumador quando a sua abstinência tem a duração de um ano, embora sejam necessárias confirmações pelos valores do monóxido de carbono. Cerca de 50,0% dos indivíduos que

deixaram de fumar fizeram-no á mais de 5 anos; tempo que parece ser suficiente, para se afirmar, com alguma segurança, que não voltarão a adoptar esse comportamento.

Analizando, o consumo de tabaco, relativamente ao sexo, verifica-se que a taxa de prevalência de fumadores no sexo masculino (28.3%) é ligeiramente superior à do sexo feminino (25.5%). Contudo a percentagem de indivíduos que abandonaram o hábito de fumar é maior no homem (28.3%), que na mulher (11.9%), o que leva a crer que os valores da taxa dos fumadores relativamente ao sexo, se venham a inverter num futuro próximo.

Estes resultados estão de acordo com os últimos dados disponíveis referentes à prevalência do tabagismo em Portugal. Um estudo realizado no âmbito da Comunidade Europeia - Tabaco ou Saúde na União Europeia - revela que o aumento da prevalência do hábito de fumar, é devida essencialmente ao aumento do tabagismo no sexo feminino. Porém, compensado pela diminuição da prevalência de fumadores nos homens.

Os resultados desta investigação, refletem esta tendência. A taxa de prevalência para o sexo masculino é de 28.3%, mais baixa que na população em geral que se situa nos 38.0%. Para o sexo feminino, a taxa de prevalência é de 25.5%, superior à da população em geral que é de 15.0% (Jossen et al,1994).

Relativamente ao estado civil dos inquiridos e à sua situação quanto ao consumo de tabaco, verifica-se que os solteiros fumam mais que os casados, 25.2% e 24.7% respectivamente; embora com diferenças de valores percentuais muito pequenas.

Os indivíduos em situação de separados e ou viúvos são de facto aqueles que apresentam valores mais elevados de consumo de tabaco; 50.0% e 100% respectivamente.

No que se refere ao grupo profissional, verifica-se que os médicos fumam mais que os enfermeiros 31.0% e 24.5%, respectivamente. Mas, são os enfermeiros que apresentam mais dificuldades em abandonar o hábito de fumar; 21.1% dos médicos inquiridos encontram-se na situação de ex-fumadores, enquanto que apenas 13.4% dos enfermeiros se encontram nessa situação (cf quadro 6).

**Quadro 6 - Prevalência do hábito de fumar segundo o sexo, estado civil e grupo profissional**

Variáveis	Fumador		Ex-fumador		Não fumador		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Sexo</b>								
M	17	28.3	17	28.3	26	43.3	60	20.9
F	58	25.5	27	11.9	142	62.6	227	79.1
<b>Total</b>	75	26.1	44	15.3	168	58.5	287	100
<b>Est. Civil</b>								
Solteiro	28	25.2	7	6.3	76	68.5	111	38.8
Casado	40	24.7	36	22.2	86	53.1	162	56.6
Separado	6	50.0	-	-	6	50.0	12	4.2
Viúvo	1	100	-	-	-	-	1	0.3
<b>Total</b>	75	26.2	43	15.0	168	58.7	286	100
<b>Profissão</b>								
Médico	22	31.0	15	21.1	34	47.9	71	24.7
Enfer.	53	24.5	29	13.4	134	62.1	216	75.3
<b>Total</b>	75	26.1	44	15.3	168	58.5	287	100

## 1.2 - CARACTERÍSTICAS DO HÁBITO DE FUMAR

A variável “consumo de cigarros dia”, foi operacionalizada formando três grupos: o primeiro grupo, refere-se aos indivíduos que fumavam entre um e dez cigarros, o segundo entre onze e vinte e por último o grupo dos sujeitos que consumiam mais de vinte cigarros dia.

O quadro 7, dá-nos conta dos resultados da análise de frequência do número de cigarros fumados por dia. Pela leitura do mesmo, pode verificar-se que 60.0% dos indivíduos não ultrapassam os dez cigarros dia, seguido do grupo que consome até vinte cigarros (26.7%) e apenas 13.3% fumam mais de vinte cigarros dia.

**Quadro 7 - Consumo de cigarros dia**

<b>Cigarros dia</b>	<b>fi</b>	<b>fi%</b>
<b>1 - 10</b>	45	60.0
<b>11 - 20</b>	20	26.7
<b>&gt; 20</b>	10	13.3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

O quadro 8 diz respeito à variável “tempo de fumador”. Como se pode verificar, foram constituídos cinco grupos com intervalos iguais de 5 anos.

Pela análise das frequências, pode verificar-se que o grupo maioritário é formado pelos indivíduos que fumam à menos de dez anos (36.0%), seguido do grupo que fuma à mais de vinte (20.0%), sendo o grupo com menor número de indivíduos (12.0%) aquele que refere fumar entre os dezasseis e os vinte anos.

De referir, que foi calculado o coeficiente de correlação de *Spearman* entre as duas variáveis, “consumo de cigarros dia” e “tempo de fumador em anos”, cujo resultado mostra que o consumo de tabaco tem tendência a aumentar com o número de anos de fumador (*spearman* = 0.45  $p < 0.01$ ).

**Quadro 8 - Tempo de fumador em anos**

<b>Anos de Fumador</b>	<b>fi</b>	<b>fi%</b>
<b>&lt; 5</b>	14	18.7
<b>5 - 10</b>	27	36.0
<b>11 - 15</b>	10	13.3
<b>16 - 20</b>	9	12.0
<b>&gt; 20</b>	15	20.0
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Relativamente ao modo como os profissionais de saúde fumam, pode dizer-se que não difere do da população em geral. Os resultados encontrados mostram que 89.0% dos

fumadores fazem inalações profundas do fumo do cigarro, contra 12.0% que referem ter apenas “vício de boca”.

Quanto ao tipo de cigarro que fumam, a maioria dos inquiridos (99.0%) fuma cigarro de filtro de baixo teor em nicotina, e de fabrico industrial; sendo as marcas preferidas o SG ventil, SG Light e Marlboro.

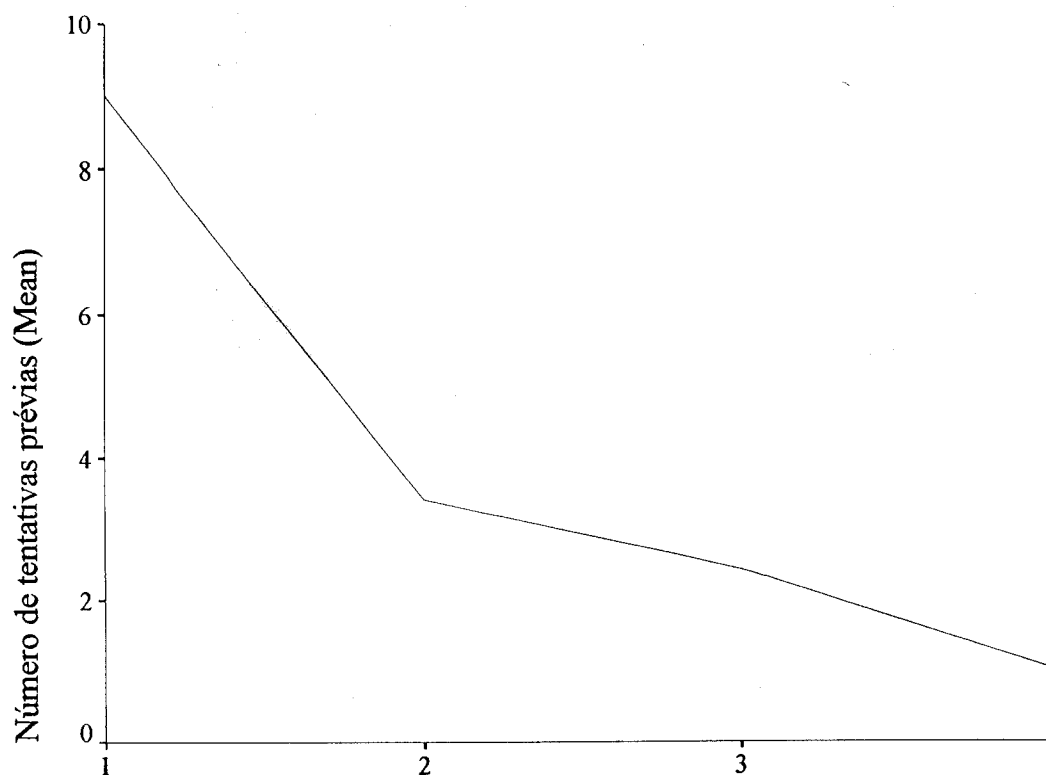
No que se refere às preocupações com a sua própria saúde e com a saúde dos outros, um número significativo (20.0%) refere não estar preocupado com os efeitos nocivos que o tabaco lhe possa causar e, 28.0% dos fumadores dizem não estar preocupados com a saúde dos não-fumadores.

Relativamente ao consumo de tabaco no local de trabalho, 79.0% dos fumadores referem que fumam no local de trabalho contra 21.0% que dizem não o fazer.

Quanto ao processo de deixar de fumar, 63.5% dos fumadores responderam ter feito tentativas no sentido de abandonar o hábito, mas sem sucesso e 36.5% referem nunca ter tido qualquer atitude nesse sentido. Uma grande percentagem de indivíduos (60.0%,) experimentaram abandonar o hábito, duas ou mais vezes e 3.0% fizeram-nos apenas uma vez. Por outro lado, 91.0% dos fumadores fizeram a sua primeira tentativa para deixar de fumar no período compreendido entre um e dez anos de tempo de fumador e apenas 9.0% procederam a essa tentativa, quando já fumavam à mais de dez anos. Como se pode observar no quadro 9, em média, cada indivíduo, já experimentou abandonar o hábito por 3 vezes, número considerado por Gordon (1994), como necessário para que se deixe de fumar com sucesso (cf. capítulo 1).

Porém os resultados deste estudo, na relação entre as variáveis “intenção em abandonar o hábito” e o “número de tentativas”, parecem não estar de acordo com os de Gordon (1994). Como se pode verificar através do gráfico 1, a um maior número de tentativas feitas corresponde a intenção para manter o hábito num futuro próximo. Estes dados, talvez possam ser explicados, pelo medo que o indivíduo tem de voltar a falhar e ao mesmo tempo pelo medo dos sintomas decorrentes da privação do consumo de tabaco.

**Gráfico 1 - Relação entre a variável “tentativas de abandono e “intenção em deixar de fumar”**



1 = Fumará diariamente 2 = Talvez continue 3 = Não fumará

Os motivos que levaram os fumadores a proceder a tentativas para abandonar o consumo de tabaco estão relacionadas, na sua grande maioria, com problemas de saúde, independentemente do sexo. As expressões que traduzem esses problemas de saúde, ou são de natureza factual, ou seja é feita a tentativa depois de ter sido diagnosticado um problema de saúde; “infecções respiratórias recorrentes”, ou pelo aparecimento de sintomatologia associada ao uso do tabaco, como por exemplo: “cansaço físico” e “stress permanente” ou ainda pela consciencialização dos riscos que o tabaco constitui para a saúde. Expressões como: “medo do aparecimento de futuros problemas de saúde” constituem um problema potencial sentido pelos indivíduos fumadores que já quiseram, mas sem sucesso, deixar de fumar.

Outras razões evocadas, relacionam-se com aspectos de natureza social, pressões familiares, nomeadamente do cônjuge e filhos, influências exercidas por amigos como forma de facilitar a integração e relacionamento entre os elementos do grupo.

Na mulher, a gravidez e o período de amamentação são os motivos mais evocados para tentar abandonar, em definitivo, o hábito de fumar.

O quadro 9, apresenta o resumo da estatística descritiva referente às variáveis que se têm vindo a descrever e que se relacionam com o processo de abandono do hábito de fumar.

**Quadro 9** - Estatística descritiva das variáveis relacionadas com o processo de abandono do hábito de fumar.

<b>Abandono do hábito</b>	<b>Média</b>	<b>D. Padrão</b>	<b>Moda</b>	<b>Leque</b>	<b>Amplitude</b>
Nº de vezes que experimentou abandonar o hábito	3.13	3.04	1	1 - 15	14
Tempo de fumador (anos) até ao momento em que exper. o abandono	7.20	4.82	10	1 - 20	19
Tempo de fumador (anos) desde a última vez que tentou abandonar o hábito	4.90	3.70	2	1 - 15	14

### **Ex-fumadores**

Apresentam-se seguidamente, os resultados do estudo das variáveis seleccionadas para caracterizar o grupo dos ex-fumadores, ou seja, os indivíduos que foram consumidores de tabaco, mas que não fumavam no momento em que se desenvolveu este estudo.

À semelhança do que aconteceu com o grupo dos fumadores, os indivíduos ex-fumadores foram questionados, relativamente ao período de tempo que fumaram, há quanto tempo tinham deixado de fumar e os motivos que os levaram a abandonar o hábito.

No que se refere ao número de anos de fumadores, constata-se que cerca de 62.0% fumaram por um período não superior a dez anos e 38.0% foram consumidores de tabaco durante mais de dez anos e, destes, 5 indivíduos (1.0%) fumaram durante mais de vinte anos.

Quanto ao período de tempo de abstinência ao consumo de tabaco, pelo estudo das frequências, verifica-se que 65.0% dos sujeitos que pertencem a este grupo, abandonaram o



hábito à mais de cinco anos, e, 35.0% fizeram-no à menos de cinco anos, sendo de dois anos o período mínimo, ao qual correspondem 17.6% dos sujeitos.

No quadro 10, apresenta-se a estatística descritiva das duas variáveis a que se fez referência. Pela sua leitura pode verificar-se que, em média, os indivíduos foram consumidores de tabaco por um período de dez anos; e, abandonaram o hábito acerca de seis anos.

**Quadro 10 - Estatística descritiva do tempo de fumador e de abstinência, em anos**

<b>Manutenção e abstinência</b>	<b>Média</b>	<b>D. Padrão</b>	<b>Moda</b>	<b>Leque</b>	<b>Amplitude</b>
Tempo de Fumador	9.94	6.82	2	2 - 29	27
Período de Abstinência	5.75	2.17	6	2 - 10	8

Os motivos referidos pelos ex-fumadores, relativos ao abandono do hábito de fumar, na generalidade, são os mesmos que os evocados pelos fumadores nas suas tentativas para deixar de fumar.

As situações de doença e ou a presença de sintomatologia relacionada com a inalação do fumo do cigarro foram, de facto, as preocupações de primeira importância na opinião deste grupo de sujeitos. Expressões como: “aparecimento de um nódulo mamário”; “diminuição da capacidade respiratória”; “sujeito a uma intervenção cirúrgica”; “aparecimento de bronquite”; “faringite crónica”; “aparecimento de problemas gástricos”; “tosse, catarro e cansaço”; são um sinal inequívoco de que, a experimentação do sofrimento e do medo de agravamento da situação, foram factores determinantes do êxito, no processo de abandono do hábito. Estes resultados são semelhantes aos encontrados por Cutillas et al (1987), realizado com profissionais de saúde em Espanha (cf. capítulo 1).

Parece haver neste grupo, mais do que no grupo anterior, uma maior consciencialização dos riscos para a saúde derivados do fumo do cigarro e expectativas mais negativas quanto ao seu futuro relativamente ao estado de saúde.

Outros motivos, foram também referidos, embora com menos frequência.

A pressão social, essencialmente exercida pelos familiares e pares, as preocupações no período da gravidez, a incompatibilidade do consumo de tabaco e a prática do desporto, questões económicas, são, entre outros, motivos que determinaram a mudança de comportamento referidas pelos sujeitos.

## **2 - ANÁLISE E SELECCÃO DOS ITENS DA ESCALA ATRIBUCIONAL**

Neste subcapítulo, são apresentados os procedimentos estatísticos utilizados e os resultados obtidos tendo em vista a análise e selecção dos itens da escala atribucional.

De seguida, apresentam-se os resultados dos estudos centrados na apreciação das características métricas da escala. Com base na análise das estatísticas efectuadas estimar-se-á o grau de fidedignidade e validade da informação obtida, mediante o instrumento utilizado para inquirir os sujeitos sobre as atribuições de causalidade do comportamento de fumar.

A selecção dos itens a incluir na versão final da escala, foi feita por diversos processos de “depuração”. Utilizou-se para o efeito, o comando *RELIABILITY*, do programa SPSSWin versão 6.0, seleccionando-se as opções que permitissem responder aos seguintes critérios:

a) eliminação de todas as questões que se revelassem más discriminadoras, em termos de concentração de respostas nos pontos da escala. Este método é aconselhado para a construção e avaliação de escalas tipo Likert (Lakatos, 1988); b) eliminação de todas as questões que se mostrassem ambíguas, com o objectivo de melhorar a escala sob o ponto de vista da sua capacidade interpretativa (Serra, 1986).

No quadro 11, apresenta-se o inventário dos itens, que resultou da aplicação dos critérios anteriores; trata-se de um resumo dos procedimentos estatísticos subsequentes ao comando *RELIABILITY*.

Antes de se referir a informação que o referido quadro nos fornece; procede-se à descrição do modo como se obteve essa informação.

Para responder ao primeiro critério (capacidade discriminatória dos itens), efectuou-se um estudo de correlação biserial. Trata-se de um coeficiente ( $r$  - *Pearson*), que resulta da correlação de cada item com o valor global da escala (Golombok e Rust, 1992). Este método tem a vantagem de aproveitar a informação de toda a amostra, mas tem a

desvantagem de inflacionar os resultados obtidos, na medida em que o próprio item está incluído na pontuação global da escala, dado que, não é excluído da análise, caso a caso. Pelo que se procedeu ao estudo da correlação corrigida entre cada item e o valor global da escala; adoptando-se como critério de exclusão dos itens, sempre que os valores das correlações corrigidas fossem menores que 0.20, identificadas na coluna, *corrected item - total correlation*. Este procedimento, teve também implicações directas no coeficiente de consistência interna, fazendo subir os valores de *alpha* total - o coeficiente *alpha* será abordado oportunamente.

A resposta ao segundo critério (ambiguidade dos itens), foi dada pela exclusão dos itens que apresentassem sinal negativo. Estes são critérios recomendados por Bryman e Cramer (1992).

A análise de conjunto, expressa no quadro 11, foi obtida após quatro tentativas sequenciais, tendo em conta o cumprimento dos critérios anteriormente mencionados.

De referir que no final da terceira tentativa, os valores das correlações corrigidas eram superiores a 0.20, pelo que ficou assim satisfeito o primeiro critério, aparecendo dois itens (item 7 “As pessoas que fumam consideram que os problemas de saúde só acontecem aos outros” e item 22 “Os consumidores de tabaco normalmente não respeitam os locais de proibição de fumar”) com sinal negativo e daí a quarta tentativa subsequente à exclusão dos referidos itens. Este dado sugere que fumadores e não-fumadores, fizeram uma interpretação diferente do conteúdo do item.

No primeiro caso (item 7), a afirmação poderá ter sido interpretada pelos consumidores de tabaco em sentido favorável, e, desfavorável para os não-fumadores; sugerindo que os indivíduos fumadores não valorizam devidamente os efeitos nocivos do tabaco para a saúde.

O segundo caso (item 22), sugere que a interpretação dada à afirmação se tornou difícil aos inquiridos, levando a pensar que os indivíduos fumadores não se sentem obrigados a respeitar esses locais, dado que, os seus direitos não são defendidos nomeadamente pela criação de espaços próprios. Este foi um dado encontrado com bastante frequência no momento das entrevistas. Os indivíduos fumadores foram unânimes em afirmar que o cumprimento da lei, sem criar estratégias que, promovessem os direitos dos fumadores seria, para todos os efeitos, uma forma de discriminação e de negar direitos e liberdades do cidadão.

Os itens com melhor poder discriminativo, isto é, aqueles que apresentam correlações mais altas, são os seguintes: Item 11 “O acto de fumar ajuda a aguentar o stress provocado pelo ambiente de trabalho” e o item 3 “O acto de fumar serve, por vezes, de tranquilizante em situações conflituosas”. De resto, eles ocupam a mesma posição nos dois tipos de correlações, primeiro e segundo lugar respectivamente. Pelo contrário, os itens com menor poder discriminativo, escolhendo também e apenas aqueles que ocupam os dois últimos lugares, são o item 5 “O consumo de tabaco ajuda a gastar a energia acumulada no organismo” (ocupa a posição 33) e o item 19 “O acto de fumar diminui o poder de concentração” (posição 32).

A escala, ficou assim constituída por 33 itens (cf. anexo II), tendo sido excluídos os itens com os números: 4, 7, 15, 17, 18, 21, 22, 26, 29, 31, 32, 35, 40, 41, 42, 47, 48, 49, 51, 52 e 53; correspondendo o valor percentual de 38,9% (21 itens) de itens eliminados e 61,1% (33 itens) que integram a versão final da escala. **Atribuições de Causalidade do Comportamento de Fumar**, que adiante se passa a designar por ACCF.

### 3 - FIDELIDADE DOS RESULTADOS

Apresentam-se neste ponto, os resultados do estudo da fidelidade da escala ACCF.

Os autores que se têm debruçado sobre as características e utilização da técnica de avaliação das qualidades psicométricas de escalas, são unânimes em afirmar que, a fidelidade de um instrumento de medida constitui o principal critério para avaliar a sua qualidade e adequação (Polit e Hungler, 1985). Embora, segundo os mesmos autores, não se trate de um conceito (único) de descrição ou definição fácil. Na essência, a fidelidade de um instrumento é o grau de congruência com que se mede o conceito ou objecto que se propõe medir (Polit e Hungler, 1985; Bryman e Cramer, 1992; Page, 1993).

Por outras palavras, pode dizer-se que um instrumento fiável é aquele que eleva ao máximo o intervalo de confiança sob o qual se está a trabalhar e diminui ao mínimo a margem de erro admitido. Quanto maior for o erro menor será o grau de fidelidade. Se um instrumento fosse absolutamente preciso e não houvesse variáveis que “contaminassem” os resultados, as pontuações obtidas estariam isentas de erro, portanto coincidiriam com as pontuações verdadeiras (Page, 1993).

A fidelidade de um instrumento de medição pode avaliar-se de diversas formas. Genéricamente, são considerados três aspectos fundamentais: **estabilidade, consistência interna e equivalência** (Polit e Hungler, 1985; Bryman e Cramer, 1992; Golombok e Ruste, 1992).

Tendo em atenção as limitações impostas pela própria metodologia deste estudo, limitaremos a nossa discussão ao nível da avaliação da consistência interna. Na opinião de Polit e Hungler, (1985) esta técnica é a mais utilizada pela maioria dos investigadores e as razões apresentadas para o facto, referem-se à questão da economia de tempo e pelo facto de ser um dos métodos que melhor avalia uma das fontes mais importantes de erro de quantificação, que é a obtenção dos pontos de indagação.

Os índices de homogeneidade ou de consistência interna, procuram medir a magnitude no qual os itens de um instrumento são equivalentes, em termos de medir o atributo que se propõem medir. Para o efeito, têm sido utilizados fundamentalmente duas técnicas: o coeficiente de *Spearman-Brown* que divide aleatoriamente o total dos itens em duas amostras iguais e a correlação entre as duas metades é usada para produzir a *Reliability* estimada para a escala na totalidade (Golombok e Ruste, 1992). Utilizou-se para o efeito o comando *Reliability* modelo, *Split Half*, cujo resultado, produziu um coeficiente de *Spearman-Brown* de 0.87.

A outra técnica, designada coeficiente de *alpha* decompõe a pontuação observada numa componente de verdade e outra de erro. Portanto, parte da variabilidade é “verdadeira”, reflecte as diferenças reais de cada indivíduo relativamente às atribuições de causalidade e outra parte da variabilidade diz respeito ao erro. Assim, o coeficiente de fidelidade é a proporção entre a variabilidade verdadeira e a variabilidade total das pontuações obtidas nos sujeitos inquiridos (Polit e Hungler, 1985; Bryman e Cramer, 1992; Page, 1993). O coeficiente de *Alpha Cronbach*, é a técnica referida pela maioria dos autores e, é aquela que vai ser dedicada maior atenção nesta investigação, no sentido de avaliar a consistência interna da escala atribucional do comportamento de fumar.

O coeficiente *Alpha de Cronbach*, varia entre 0 e 1, quanto mais próximo estiver de 1 maior será a fidelidade interna da escala (Bryman Cramer, 1992). Nunnally, cit. Pallás (1978), refere que, com um valor de alfa superior a 0.70, a consistência interna de uma escala já pode ser considerada como sólida.

Alguns autores referem mesmo, que valores de *alpha* abaixo de 0.50 são comuns e que este facto não invalida necessariamente uma técnica, dado que, um valor baixo de alfa pode ser compensado aumentando o tamanho da amostra (Ferguson, 1984).

Os coeficientes de *Spearman-Brown* (0.87) e de *alpha* (0.91) da escala ACCF, apresentam valores (cf. quadro 11) que permitem afirmar que os 33 itens que foram seleccionados, pelos critérios já referidos, constituem uma amostra de afirmações válidas para avaliar as atribuições de causalidade sobre o comportamento de fumar nos profissionais de saúde.

**Quadro 11 - Análise de conjunto resultante do comando *RELIABILITY***

Nº Item	X Item	Correlação Total	Nº Ordem	Correlação Corrigida	Nº Ordem	Alpha
Item 1	75.546	.611	4	.672	3	.898
Item 2	75.440	.448	22	.512	14	.900
Item 3	74.702	.660	2	.688	2	.897
Item 5	76.053	.285	31	.223	33	.905
Item 6	75.775	.538	11	.627	5	.899
Item 8	76.103	.419	25	.355	21	.903
Item 9	75.157	.329	29	.400	20	.903
Item 10	73.573	.368	27	.470	17	.901
Item 11	75.004	.674	1	.714	1	.674
Item 12	75.786	.479	18	.354	22	.903
Item 13	76.042	.521	13	.569	12	.900
Item 14	75.893	.381	26	.447	18	.902
Item 16	75.973	.544	9	.609	6	.899
Item 19	73.714	.433	24	.240	32	.905
Item 20	74.699	.280	32	.342	23	.903
Item 23	75.950	.493	16	.582	10	.900
Item 24	73.912	.474	19	.325	26	.904
Item 25	75.408	.459	20	.499	15	.901
Item 27	76.053	.291	30	.288	27	.904
Item 28	73.691	.454	21	.331	24	.904
Item 30	73.802	.476	17	.278	28	.905
Item 33	73.305	.512	14	.248	31	.905
Item 34	75.588	.540	10	.648	4	.899
Item 36	75.981	.529	12	.488	16	.901
Item 37	76.195	.618	3	.574	11	.901
Item 38	73.279	.506	15	.328	25	.903
Item 39	75.305	.556	7	.603	8	.899
Item 43	76.012	.436	23	.251	30	.904
Item 44	75.233	.563	6	.605	7	.899
Item 45	75.698	.554	8	.597	9	.899
Item 46	76.149	.583	5	.546	13	.901
Item 50	74.481	.235	33	.261	29	.905
Item 54	76.092	.357	28	.409	19	.902
<b>Valores da Escala Total</b>						
*X = 77.550 *Variância = 349.54 *SD = 18.70 *Alpha total = .91 *Nº Itens = 33 *N = 262 *						

## 4 - VALIDADE DOS RESULTADOS

Outro critério importante, pelo qual se avalia a qualidade do instrumento utilizado é através da sua validade. Esta, refere-se ao grau com que um instrumento mede aquilo que se propõe medir (Ferguson, 1984; Polit e Hungler, 1985; Page, 1993). Ou seja, até que ponto é que realmente a escala refinada, composta pelos 33 itens, de facto mede o constructo que se pretende medir - atribuições de causalidade sobre o hábito de fumar.

À semelhança do que acontece com o coeficiente de consistência, são vários os métodos que podem ser utilizados para o estudo da validade do instrumento. Por outro lado, não existem fórmulas ideais que se possam aplicar com facilidade aos resultados de uma escala de atitudes, principalmente quando se trata de escalas originais, em que o investigador não segue exemplos já testados (Polit e Hungler, 1985).

Dado tratar-se de uma escala com um grau elevado de consistência interna, tal como já se referiu, pode supor-se que o instrumento seja válido. Pois, tal como refere Polit e Hungler (1985) a fidelidade e validade de um instrumento não são características de todo independentes. Um instrumento que não seja fiável, não será concerteza válido. Kline (1993), reforça a ideia, dizendo que o coeficiente de *alpha* é o melhor índice de consistência interna sendo considerado pelos construtores de testes um pré-requisito para a alta validade, bem como um critério válido para reter os itens num teste. Embora, tal como referem outros autores um instrumento pode ser fiável porque é preciso quanto à medida e não ser válido para medir o fim que se propõe medir (Golombok e Rust, 1992; Page, 1993).

Na generalidade, a literatura refere três tipos de validade: **validade do conteúdo**, **validade com referência a um critério externo** e **validade do constructo** (Polit e Hungler, 1985; Page, 1993). Assim, procura-se nesta investigação, discutir o problema da validade do Constructo.

### 4.1 - VALIDADE DO CONSTRUCTO

A literatura refere que a validade do constructo é, um dos problemas mais difíceis que o investigador enfrenta. Ela deve responder às seguintes questões: o que é que realmente mede o dispositivo de medida? o instrumento mede adequadamente o conceito abstracto da investigação?



Segundo afirma Polit e Hungler (1985), os especialistas contemporâneos das metodologias referem que a validade de constructo representa um dos progressos mais importantes quer na teoria quer na prática de medição. A sua importância reside no facto, de haver um vínculo à conceptualização teórica. Cronbach e Meehl (1955), cit. Bryman e Cramer (1992), defendem também, a validade de constructo, precisamente porque obriga o investigador a deduzir hipóteses que decorram de uma teoria relevante para o conceito em questão.

Segundo Page (1993), por vezes as hipóteses de trabalho fazem referência a diferenças significativas entre os resultados obtidos por diferentes grupos. Se as hipóteses se confirmam, pode afirmar-se que a prova em questão tem validade de constructo. Esta técnica, que pode confundir-se com o estudo da validade através de um critério externo, permite avaliar, em que medida é que o instrumento mede aquilo que de facto procura medir.

A validade por referência a um critério externo, tal como afirma Messick cit. Page (1993), está baseada no grau de relação empírica, normalmente em termos de correlações, entre as pontuações da escala e as pontuações do critério utilizado. Nesta perspectiva poder-se-ia falar, do uso dos grupos referentes ao consumo de tabaco como um critério que se situa “fora” do instrumento e portanto que se poderia designar, por validade referente a um critério externo tal como é concebido pela literatura. Contudo, é comum fazer-se referência à validade preditiva como uma técnica adequada para medir a validade de um teste ou escala pelo uso de um critério externo.

Por uma questão de facilidade de descrição e compreensão das opções tomadas; procede-se neste momento ao estudo da validade de constructo, através da técnica que parece ser a mais adequada e viável, face aos pressupostos teóricos já abordados; para depois prosseguirmos a análise, fazendo-se uso da técnica referida a um critério externo e que, no momento oportuno, se explicará mais detalhadamente.

Assim, optou-se pela técnica dos “grupos conhecidos”, constituídos pelo grupo de indivíduos que adoptam o comportamento de fumar, o grupo daqueles que já experimentaram esse comportamento e por último os que nunca tiveram tal comportamento (Kerlinger, 1980).

Partiu-se da hipótese de que, existem diferenças entre as pontuações obtidas na escala atribucional pelos três grupos, atingindo uma maior pontuação o grupo dos indivíduos fumadores. Atitudes atribucionais mais favoráveis ao comportamento de fumar

serão próprias dos indivíduos que adoptam esse mesmo comportamento. Este pressuposto apoia-se na ideia geral de que, as atitudes - independentemente do modo como este constructo seja definido e qualquer que seja a sua estrutura - influenciam o comportamento (Carvalho, 1993). Dito de outra forma, as atitudes atribucionais em relação ao consumo de tabaco revelarão uma certa concordância com o comportamento de fumar.

A variável "consumo de tabaco" foi operacionalizada formando-se três grupos: o grupo dos indivíduos fumadores (grupo 1); dos ex-fumadores (grupo 2) e por último os indivíduos não-fumadores (grupo 3).

No quadro 12, indicam-se os resultados da análise de variância relativa à escala ACCF. Esta análise foi efectuada através do procedimento ANOVA com pedido de teste à posteriori caso houvesse diferenças estatisticamente significativas entre os grupos; com a finalidade de se obter uma ordenação das médias dos grupos se essas diferenças, também elas, tivessem significado estatístico (Arce, 1994).

Pelo que se pode observar, existem diferenças em termos médios entre os grupos considerados, dado que o valor de  $F_{25.925}$  é altamente significativo ( $p < 0.001$ ). Por outro lado analisando os resultados do teste de *Scheffé*, verifica-se que as diferenças do posicionamento na escala ACCF em termos médios dos três grupos têm, de facto, significado estatístico ao nível de 0.01 e a sua ordenação indica que os indivíduos fumadores atingem pontuações mais elevadas na escala de atitudes sobre o comportamento de fumar do que os ex-fumadores e do que os indivíduos que nunca adoptaram tal comportamento.

O grau de concordância entre os indivíduos fumadores, sobre o conteúdo manifesto dos itens, é muito maior do que nos outros dois grupos de sujeitos. Este dado sugere que, os sujeitos que adquiriram o hábito, alimentam esse mesmo hábito pelas razões que eles próprios vão construindo; parecendo tratar-se de um processo sumativo e progressivo. Por outro lado, o facto das diferenças das médias entre ex-fumadores e não-fumadores, não apresentarem significado estatístico (*Scheffé*, cf. quadro 12) sugere que os indivíduos quando mudam o comportamento, quando abandonam o hábito de fumar, a sua atitude relativamente a esse hábito também muda.

As atribuições de causalidade sobre o comportamento de fumar entre indivíduos que anteriormente tiveram tal comportamento são semelhantes às atribuições feitas pelos indivíduos que nunca adoptaram esse comportamento. No sentido de verificar se esta

relação, era ou não espúria, introduziram-se na análise (modelo covariância) as variáveis: idade, sexo, estado civil e profissão.

Os resultados mostraram que, estas variáveis não produziram efeitos significativos. Os valores de F, sofreram apenas ligeiras alterações pelo que as diferenças encontradas, parecem dever-se à situação dos sujeitos, quanto ao consumo de tabaco.

**Quadro 12** - Análise de variância da atitude atribucional face ao comportamento de fumar

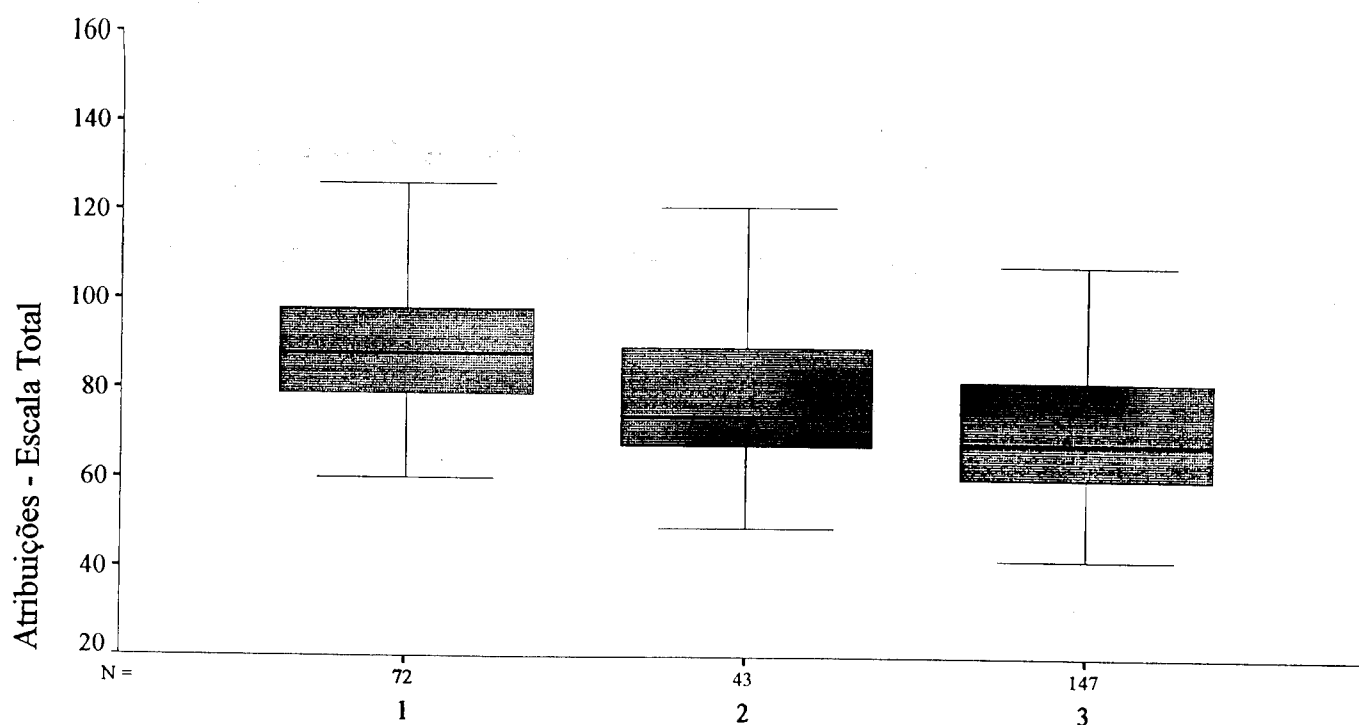
Fonte de Variância	G.L.	Quadrados Médios	Valor de F	Prob. de F	Ordenação das Médias
Entre-grupos	2	7608.641	25.925	0.001	71.803 Grp. 3 77.116 Grp. 2
Intra-Grupos	259	293.481			89.542 Grp. 1 **

*Scheffé* F = 12.114

\*\* P<0.01

Apresenta-se de seguida, uma representação gráfica dos resultados que se têm vindo a referir e que se encontram no quadro 12. O objectivo é poder observar-se as diferenças das pontuações médias obtidas na escala ACCF pelos diferentes grupos de sujeitos (cf. gráfico 2).

**Gráfico 2 - Diferenças das atitudes atribucionais do comportamento de fumar**



Comportamento de Fumar

1 = Fumadores 2 = Ex-fumadores 3 = Não-fumadores

#### 4.2 - VALIDADE PREDITIVA

Na opinião de Golombok e Rust (1992), a validade preditiva é usada sempre que um teste se destina a fazer previsões, por exemplo quando se pretende prever o sucesso no campo seleccionado, normalmente chamado sucesso no critério. Para estes autores, uma simples correlação de Pearson entre os scores da escala e o score da medida critério utilizado poderá dar a medida da validade preditiva. Quanto maior for a correlação, melhor é a validade.

Para avaliar a validade preditiva dos fumadores, utilizou-se como critério a intencionalidade na mudança de comportamento; procedeu-se à avaliação estatística dos scores atingidos na escala de atitudes com a sua opinião expressa sobre o seu próprio comportamento de fumar no futuro.

Neste sentido, os indivíduos fumadores foram questionados acerca do seu comportamento futuro, após um período de tempo de cinco anos. Para recolher a sua opinião seleccionaram-se três critérios que reflectissem a sua intenção, relativamente ao consumo de tabaco. O primeiro critério, referia-se à manutenção do hábito de fumar; seguido do critério expresso pela dúvida relativa a esse comportamento e, por último, pela opinião segura de que, iriam abandonar o consumo de tabaco. Deste modo o primeiro grupo foi formado pelos indivíduos que eram de opinião de que o seu hábito se manteria; o segundo por aqueles que acreditavam que não fumariam após aquele período de tempo e, por último; o grupo dos que manifestavam uma certeza quanto ao abandono do hábito de fumar.

Formulou-se a hipótese de que existem diferenças entre as pontuações obtidas na escala atribucional pelos três grupos, atingindo uma maior pontuação o grupo (grupo 1) constituído pelos indivíduos que manifestassem opinião favorável à manutenção do consumo de tabaco, e, caso existissem essas diferenças deveriam ser estatisticamente significativas.

Para Ajzen e Fishbein (1980), a importância do estudo das atitudes decorre, de duas constatações fundamentais: a) a estrutura das crenças e atitudes que o indivíduo defende, relativas ao uso de drogas, exerce uma influência determinante no grau de envolvimento do sujeito em relação a essa substância; b) uma mudança de atitude é susceptível de produzir uma mudança de comportamento. Porém, a questão da correspondência entre atitudes e comportamentos tem constituído controvérsia nas investigações nesta área. Os dados controversos no domínio teórico estimularam a condução de estudos centrados nas questões da fidedignidade e da validade dos instrumentos de medida. Contudo, um dos aspectos defendido por muitos autores, refere-se ao facto de, esta correspondência entre atitudes e comportamentos poder ser devida, em grande parte, aos procedimentos metodológicos utilizados (Carvalho, 1993).

Pela leitura do quadro 13 verifica-se que, pela análise de variância, modelo ANOVA, o valor de F. obtido ( $F = 8.05$ ) é altamente significativo, o que quer dizer, que existe uma forte probabilidade ( $P < 0.01$ ) de que, aquele valor se venha a repetir em outras amostras da mesma população.

Estes resultados sugerem que os indivíduos que manifestam uma opinião favorável à manutenção do consumo diário de tabaco no futuro, são aqueles que atingem scores mais

elevados na escala, e, portanto as causas do seu comportamento actual são as mesmas que justificam a manutenção no tempo do hábito de fumar.

Pela aplicação do teste de, *Scheffé*, no sentido de avaliar o grau de significância estatística que poderá haver nas diferenças detectadas entre as médias nos três grupos, na escala de atribuições (Arce,1994); verifica-se que, de facto essas diferenças têm significado estatístico ao nível de 0.01, situando-se essas diferenças no grupo 1 “sem dúvida que continuarei a fumar diariamente” (cf. quadro 13). Isto é, os sujeitos que expressam esta opinião, atingem pontuações mais elevadas na escala do que, os sujeitos que referem ter dúvidas sobre o seu hábito de fumar no futuro e daqueles que expressam o desejo de abandonar o hábito .

Estes resultados, parecem indicar que, as intenções são um indicador válido para predizer a mudança de comportamento. Uma vez que as diferenças das médias do grupo dos indivíduos que são de opinião que “provavelmente não continuarão a fumar diariamente” e o grupo daqueles que referem que, no futuro, “de certeza não fumarão” não tem significado estatístico. Assim, para uma atitude favorável ao abandono de tabaco, pode inferir-se que, corresponderá no futuro, um indivíduo do grupo dos ex-fumadores. Portanto, para que o indivíduo possa obter êxito na mudança de comportamento é importante que manifeste uma intenção favorável a essa mudança.

**Quadro 13 - Análise de variância da atitude atribucional face à intenção de abandono do hábito de fumar.**

Fonte de Variância	G.L.	Quadrados Médios	Valor de F	Prob. de F	Ordenação das Médias
Entre-grupos	2	1639.407	8.105	0.001	84.053 Grp. 3 88.674 Grp. 2
Intra-Grupos	66	202.274			115.500 Grp. 1 **

*Scheffé* F = 10.057

\*\* P<0.01

## 5 - DISCUSSÃO

Foram apresentados neste capítulo, os procedimentos metodológicos utilizados, com vista à construção e avaliação das qualidades psicométricas da escala de atitudes relativas às atribuições de causalidade do comportamento de fumar.

O processo de “depuração” dos itens resultou na selecção de 33 itens que compõem a versão final da escala. Numa análise empírica pode dizer-se que os itens seleccionados, pelos processos descritos anteriormente, são aqueles que parecem reflectir atitudes atribucionais que explicam o comportamento de fumar. Reportando-nos ao conteúdo dos itens eliminados, verifica-se que, na generalidade, está mais relacionado com a pessoa que fuma, do que, com o comportamento em si, existindo itens que parecem, de facto, não expressar motivos ou razões do consumo do tabaco.

Numa outra perspectiva e tomando em consideração, os resultados obtidos a partir dos procedimentos estatísticos considerados adequados para o efeito; verifica-se que, pelo valor de *alpha* (0.91) existe uma dimensão geral subjacente ao conjunto dos itens em análise. Essa dimensão parece traduzir a razão ou razões que explicam a manutenção do hábito de fumar nos profissionais de saúde. O conjunto dos itens transmitem uma ideia única geral, embora se possa admitir que outras sub-dimensões, outro tipo de sub-grupos de itens, possam ser formados. Admitindo que a escolha do coeficiente de *alpha* e de *Spearman-Brown* para avaliar a fidedignidade do instrumento foram pertinentes e adequados à metodologia e objectivos traçados; pode afirmar-se que os valores obtidos são altamente satisfatórios, e, independentemente dos desvios que possam existir, sob o ponto de vista de designação teórica, da tal dimensão geral, ela, de facto, existe.

De resto, já na primeira tentativa tendo em vista a selecção dos itens, pelo uso do comando *RELIABILITY*, o valor de *alpha* encontrado (0.81) era sugestivo da configuração de uma dimensão geral subjacente.

Tais resultados parecem, assim, fornecer suporte para uma definição do conceito de causalidade em termos de dimensão geral avaliativa de uma atitude favorável versus desfavorável em relação às atribuições de causalidade do comportamento de fumar.

Os resultados do estudo da validade, do constructo, utilizando como critério o comportamento de fumar, mostraram-se igualmente pertinentes. Pela análise da variância efectuada, os valores de *F* e sua significância estatística (cf. quadro 12.) indicam, que a

escala mede o que realmente se propõe medir - atribuições de causalidade sobre o comportamento de fumar.

As análises feitas à posteriori, revelaram que as atitudes do grupo dos indivíduos fumadores são estatisticamente diferentes (mais favoráveis) dos outros dois grupos: ex-fumadores e não-fumadores; podendo dizer-se, por isso, que as atitudes favoráveis versus desfavoráveis relativas às atribuições de causalidade do comportamento de fumar, se correspondem com a situação dos indivíduos quanto ao consumo de tabaco.

Os resultados do estudo da validade preditiva do comportamento de fumar, sugerem que uma atitude favorável ao abandono do consumo de tabaco pode constituir um indicador válido para prever uma mudança de comportamento. Isto porque a análise de variância efectuada, seguida da aplicação do teste de *Scheffé* (cf. quadro 13), indica que os indivíduos que referem não ter dúvidas de que irão continuar a fumar apresentam valores médios, na escala, mais elevados que os outros dois grupos, tendo essa diferença significado estatístico ao nível de 0.01.

Estes resultados parecem estar de acordo com o conceito central da teoria da acção planeada (Fishbein e Ajzen, 1975), em que a intenção para a acção é concebida como a primeira causa imediata da acção, operacionalizada como um juízo probabilístico que o sujeito emite para a adopção ou não de um dado comportamento (Fishbein e Ajzen, 1980; Iglesias, 1993;; Morales et al, 1994).

O facto das razões, que levaram os indivíduos fumadores a fazerem tentativas para abandonar o hábito, estarem maioritariamente relacionadas com problemas de saúde; leva a pensar que o grupo que manifesta a intenção em abandonar o hábito sejam os indivíduos que já enfrentaram, nalgum momento da sua vida, problemas de saúde relacionados com o consumo de tabaco. Sendo assim, a atitude atribucional reflete vivências do passado por parte do atribuidor. Mas, do estudo da validade predictiva o que parece ser mais relevante, é o facto de que, estes resultados estão de acordo com a hipótese colocada por Ochoa (1990). Este autor sugere que a atribuição do acto de fumar está relacionada com a avaliação que o fumador faz das suas possibilidades em deixar de fumar.

Os resultados do estudo da validade de constructo, parecem apontar para uma aproximação do que se passa com a teoria das atribuições de causalidade de Jones e Davis (1965) - Teoria da inferência correspondente. Salvaguardando o facto desta teoria ter sido formulada a partir de trabalhos experimentais, e o atribuidor ser o indivíduo que observa um



determinado comportamento noutra pessoa, isto é o observador faz atribuições sobre a acção observada (Hewstone, 1992; Morales).

Podem ser formulados, desde já, alguns comentários de acordo com critérios estabelecidos por esta teoria da atribuição causal. Porém, reforça-se o que atrás foi dito, sobre a especificidade deste estudo quanto à questão do actor e observador. É no domínio das entrevistas que se procede à integração destes resultados na teoria das atribuições de Jones e Davis (1965).

Desde logo, e, partindo do conceito nuclear de que, o perceptor formula um juízo acerca do comportamento do actor que lhe seja correspondente (Hewstone, 1992). Com todas as limitações impostas pelo plano de investigação, pode referir-se que, as atribuições feitas pelo grupo dos indivíduos ex-fumadores e não-fumadores expressam causas do comportamento tido pelo actor - o fumador. As afirmações produzidas pelos observadores estão igualmente contidas na escala e por isso foram sujeitas ao mesmo tipo de análise, e, naturalmente, respondidas sob as mesmas condições.

Para podermos dizer que actor e observador estão em sintonia com as causas do comportamento de fumar deve pressupor-se, na perspectiva da teoria da inferência correspondente (Eiser, 1980), que o atribuidor crê que o actor conhece as consequências do seu acto. Este pressuposto parece justificado pelo facto de serem sobejamente conhecidas as consequências do hábito de fumar aos seus diferentes níveis. Neste caso, destacam-se os efeitos ao nível da saúde. São vários os estudos, que referem que, os profissionais de saúde têm consciência que o acto de fumar é um factor de risco para a saúde nomeadamente para o cancro da laringe e pulmão (Polyzos et al, 1995). Por outro lado, trata-se de indivíduos pertencentes ao mesmo grupo sócio-profissional, onde naturalmente existe um conhecimento mútuo derivado de vivências e relações pessoais e profissionais que necessariamente se estabelecem no dia-a-dia. Os observadores (ex-fumadores e não-fumadores) possuem informação, não acerca de um actor no concreto mas de um grupo que está nas mesmas condições - de fumador. Embora essa informação possa ser processada a partir de um exemplo

que lhe seja mais familiar, e, por conseguinte, lhe sirva de estímulo para decidir no momento da atribuição. Os indivíduos ex-fumadores fazem as atribuições a partir do confronto que estabelecem entre a sua vivência, as razões que estavam na origem do seu próprio comportamento anterior, e, a informação que possuem dos indivíduos que fumam.

São frequentes as expressões que refletem este tópico: “comigo acontecia assim ... mas, há exemplos em que isto não acontece...”

Por outro lado, facilmente o indivíduo que nunca fumou recorre a exemplos concretos e a informação de carácter científico acerca do comportamento de fumar, para proceder às suas explicações : “...os fumadores referem que ... no entanto, a literatura refere que...” ou “eu consigo prever situações em que um colega, vai fumar o seu cigarro”; parece haver lugar à reorganização da informação disponível para produzir cognições.

As inferências serão tanto mais correspondentes quanto menores forem os efeitos não comuns. Isto é, a relação entre o comportamento observado e a disposição subjacente que o motivou será mais nítida quando for menor o número de disposições comuns ao referido comportamento. De facto, parece verificar-se uma maior diversidade das afirmações produzidas pelos indivíduos fumadores; os ex-fumadores e não-fumadores produzem afirmações que não são referidas pelos fumadores (cf. quadro 4). Se nos reportarmos aos resultados do estudo da consistência interna da escala, talvez se possa admitir que o conjunto dos itens são válidos para garantir a tal disposição que motiva o comportamento. O estudo da fidedignidade das atribuições causais do comportamneto pode reduzir as dificuldades inerentes à inferência da “verdadeira” causa e, portanto, constituir-se como um método válido para lidar com este problema.

Outro critério que parece facilitar a inferência correspondente é o da relevância hedónica. O pressuposto é o de que, o comportamento de fumar, tem consequências positivas ou negativas para o atribuidor. Naturalmente, que fumadores e não-fumadores vêm no acto de fumar consequências negativas, embora o grau de concordância possa ser variável de indivíduo para indivíduo. Por último, pode pressupor-se que o comportamento de fumar foi visto pelos atribuidores como um comportamento anti-social. Hoje em dia dada a divulgação e tomadas de posição públicas pelas organizações internacionais (OMS, UICC, CE) contribuem para que seja quase consensual afirmar, que fumar é um comportamento não social.

Globalmente e, pela análise de variância efectuada, as atitudes atribucionais correspondem-se à situação dos sujeitos quanto ao consumo de tabaco. O método das diferenças, pela utilização de um critério externo parece ser um modelo adequado para o estudo e análise dos princípios da teoria da atribuição, no sentido de analisar como atribuições do comportamento de fumar se correspondem com o próprio comportamento. Por outro lado, e, de acordo com os resultados da validade preditiva, pode afirmar-se que a

utilização de uma escala de atitudes para medir as atribuições causais do comportamento de fumar, constituem um importante instrumento de medida para predizer a mudança de comportamento no tocante ao consumo de tabaco.

No conjunto das análises efectuadas para validação da escala, parece estar presente o pressuposto de que, a incorporação da informação acerca do acto de fumar (por meio de interacções de ordem social ou não) produz uma dada representação mental, regulando e determinando o comportamento do indivíduo, “colocando-o” numa situação de fumador ou não. Este, é um dos princípios subjacentes à teoria da atribuição, e, ao qual, fazem referência as diferentes perspectivas da atribuição (Rodrigues, 1991; Hewstone, 1992).

Estes resultados, independentemente da natureza do conteúdo dos itens, reflectem a forma como o fumador interioriza crenças associadas ao uso do tabaco, sendo por sua vez o hábito de fumar, a causa dessas crenças. Este dado, é argumentado por Herranz e Boal (1986), num estudo realizado com população fumadora.

## **CAPÍTULO 5 - ANÁLISE DAS DIMENSÕES ATRIBUCIONAIS**

Procede-se neste capítulo à análise da estrutura factorial dos resultados da escala de atribuições de causalidade do hábito de fumar, para detectar o número de factores ou dimensões que a compõem e verificar como se relacionam entre si. Trata-se de uma análise de tipo exploratório, dado que não se pretende verificar se os resultados se ajustam a um determinado modelo.

### **1 - ANÁLISE FACTORIAL**

A finalidade básica da análise factorial é reduzir um grande número de variáveis em grupos de variáveis de menores dimensões, perdendo o mínimo de informação (Martin e Outros, 1986). Descobre as interrelações complexas entre as variáveis, identificando aquelas que, se agrupam possibilitando uma designação de um conceito único (Polit e Hungler, 1985).

Para Kerlinger (1980), é um método analítico para determinar o número e natureza das variáveis subjacentes a um grande número de variáveis; ajudando o investigador a decidir que itens devem ser agrupados, quais os que virtualmente medem a mesma coisa. Trata-se de uma abordagem multivariada, que procura encontrar dimensões subjacentes que se designam por factores. A classificação destes factores é na essência um processo de identificar constructos teóricos.

Um factor é uma entidade hipotética, uma variável não observada, que se supõe estar subjacente a itens. De facto, os factores explicam a variância de variáveis observadas, tal como se revela pelas correlações entre as variáveis.

As soluções finais da análise factorial quase sempre exigem matrizes ou soluções rotadas. Assim uma estrutura factorial é uma matriz rotada que mostra a configuração dos factores e variáveis.

Os valores das cargas factoriais, também designadas por saturação, são índices que mostram o grau de relação entre cada item e a suposta dimensão subjacente ou factor. Por outras palavras, são as correlações entre cada teste e o factor. Quanto mais alta a carga factorial, mais o item reflecte ou mede o factor, mais representa por assim dizer o factor

(Kerlinger, 1980). Para este autor a análise factorial é um instrumento básico da ciência comportamental, concebido, de início, como um método exploratório, para “descobrir” ou “encontrar” factores; sendo actualmente usada para testar a validade empírica de teorias fundamentais. É, portanto, um processo analítico para compreender o material básico de uma ciência, para compreender seus fenómenos e suas variáveis.

A análise factorial é um tipo de validade dos resultados, utilizada para avaliar a validade de constructo, constitui um processo de validação quer das próprias medidas utilizadas quer da teoria e princípios socio-psicológicos que lhes estão subjacentes (Ferguson, 1984).

Assim, neste estudo, optou-se por um modelo de análise factorial, considerado pela maioria dos autores, como sendo o mais exigente e aquele que procura com maior eficácia a independência das variáveis ou dimensões psicológicas subjacentes (Bryman e Cramer, 1992).

O conjunto de procedimentos adoptados foram precedidos de uma avaliação relativa ao interesse e pertinência de prosseguir com a análise. Referem-se, de seguida, as diferentes etapas percorridas e critérios utilizados; para o efeito, utilizou-se o comando *FACTOR*, de acordo com os seguintes critérios:

a) foi pedida uma matriz de correlação, *Correlation Matrix*, entre os itens da escala já “refinada”, e respectiva matriz do nível de significância do valor das correlações produzidas. Os resultados deste procedimento demonstram que, salvo raras excepções, as correlações obtidas são altamente significativas;

b) em segundo lugar, extracção das principais componentes, *Extraction Pc*, ou seja análise de toda a variância da variável-variância comum e variância erro;

c) extracção de factores, *Crítéria Factor* ( ), sem especificar o número de factores; aplicando-se o *critério de Kaiser*, que consiste em seleccionar os factores com *eigenvalue*, (valor próprio) superior ou igual a 1.00;

d) rotação ortogonal dos factores, *Varimax Rotation*, ou de eixos perpendiculares - conserva a independência dos factores e melhora a capacidade de interpretar os factores;

e) selecção dos itens com saturação superior a 0.30, *Format Blank* (0.30);

f) quando um item, saturasse em mais do que um factor (valor acima do referido na alínea anterior), optava-se por incluí-lo no factor em que o valor da saturação fosse mais elevada;

g) quando um item apresentasse cargas factoriais de valor positivo num factor e negativo noutro, era eliminado.

No quadro 14, apresenta-se o resumo da aplicação dos critérios anteriormente mencionados. Como se pode verificar, nenhum dos itens em análise, foi eliminado, isto significa que todos os itens saturaram acima de 0.30 e em sentido positivo nos diferentes factores; o que era de esperar, uma vez que as correlações entre os itens apresentaram valores e níveis de significância aceitáveis.

De referir, que houve vários itens com cargas factoriais, acima de 0.30, em mais do que um factor. Este resultado sugere que os factores não são verdadeiramente independentes e por conseguinte alguns deles apresentam-se próximos uns dos outros. Pelo menos no seu sentido mais técnico não foi possível, tornar os factores independentes uns dos outros. Isto, parece indicar que a abordagem das atitudes atribucionais relativas ao consumo de tabaco deve ser multidimensional. Isto é, as atribuições de causalidade sobre o hábito de fumar são fornecidas pelos indivíduos sob pressupostos complexos; sugerindo que, apenas uma causa não justificará tal comportamento mas antes um conjunto de causas interrelacionadas entre si, e, portanto, os motivos pelos quais os profissionais de saúde continuam a fumar são de natureza diversa, sendo por isso, o comportamento de fumar, resultado de uma situação em que intervêm múltiplas causas.

Neste sentido pode afirmar-se que as pessoas, encontram explicações, para o hábito de fumar, relacionadas, de igual forma, com múltiplos factores.

A análise factorial extraiu sete factores ou dimensões (amostra de 33 itens) que explicam 59% da variância total da escala. A variância explicada por cada factor, é a seguinte: factor 1 (28.2%); factor 2 (10.9%); factor 3 (4.8%); factor 4 (4.3%); factor 5 (3.9%); factor 6 (3.7%) e por último o factor 7 (3.3%).

**Quadro 14 - Resumo da análise factorial - *matriz rotada***

Itens	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Comunalidade
Item 6	.432	.384			.348			.577
Item 13	.495	.405						.591
Item 16	.565	.394						.563
Item 23	.527			.393				.548
Item 34	.586				.361			.588
Item 36	.593			.428				.621
Item 37	.772							.657
Item 39	.562							.553
Item 44	.635							.561
Item 45	.676	.304						.617
Item 46	.777							.640
Item 54	.521					.450		.547
Item 1		.737						.710
Item 2		.732						.596
Item 3	.306	.680						.669
Item 11	.415	.631						.678
Item 14		.554						.458
Item 10			.479		.423			.471
Item 19			.622					.571
Item 24			.713					.564
Item 28			.657					.464
Item 30			.711					.565
Item 33			.729					.592
Item 38			.772					.631
Item 50			.507	.350				.404
Item 8				.766				.661
Item 12				.669				.635
Item 43				.688				.575
Item 5						.789		.694
Item 9					.607	.461		.641
Item 20					.632			.541
Item 25	.374	.416					.445	.627
Item 27							.780	.707
<b>Eigenvalue</b>	9.316	3.582	1.589	1.419	1.285	1.233	1.092	
<b>% Var.Total</b>	28.2	10.9	4.8	4.3	3.9	3.7	3.3	
<b>% Var.Com.Expl.</b>	28.2	39.1	43.9	48.2	52.1	55.8	59.1	

## 1.1 - DESIGNAÇÃO DAS DIMENSÕES ATRIBUCIONAIS

Do mesmo modo que se procedeu no capítulo 3, no momento da análise das entrevistas para atribuir uma designação às categorias identificadas; procura-se aqui, que o nome dado à dimensão resultante da análise factorial reflecta o conteúdo de cada grupo de itens que compõem o respectivo factor ou dimensão.

Desde já se destaca a dificuldade deste exercício; que está inerente à complexidade da relação entre os itens que a análise factorial demonstrou.

**Mecanismo de Adaptação (Factor 1)** - Esta dimensão parece reflectir o papel do consumo de tabaco, na co-experiência das actividades profissionais e ou actividades de vida diária. Refere-se, na generalidade, às crenças que os profissionais de saúde têm relativamente à ajuda que o acto de fumar desempenha, quando procuram realizar algo com sucesso. Os indivíduos vêem no cigarro um estímulo positivo para lidar com os problemas, promovendo a vontade e a segurança pessoal.

**Actividade Lúdica (Factor 2)** - O conjunto dos itens que formam esta dimensão parecem exprimir a ideia geral de que o consumo de tabaco nos profissionais de saúde serve como meio de aliviar tensão emocional derivada essencialmente de situações de trabalho; parecendo contribuir para desviar o campo da atenção do indivíduo.

**Consequências Negativas (Factor 3)** - Esta dimensão parece traduzir a percepção que os indivíduos têm dos prejuízos pessoais, profissionais e relacionais decorrentes do hábito de fumar. A ideia geral parece ser a de que, os atribuidores reconhecem no acto de fumar consequências negativas.

**Relacionamento Interpessoal (Factor 4)** - Nesta dimensão parece estar uma ideia subjacente global de que, o consumo de tabaco tende a promover e a facilitar ao indivíduo a relação com os outros, quer se trate de uma relação interpessoal ou de grupo.



**Efeitos Adictivos (Factor 5)** - Os dois itens que compõem esta dimensão parecem traduzir a ideia de que o acto de fumar está associado à realização de determinadas necessidades funcionais do indivíduo.

**Tranquilizante (Factor 6)** - A ideia central é a de que, fumar é uma forma de libertar energia supostamente acima dos limites considerados razoáveis; provocando no indivíduo reacções de bem-estar.

**Resolução de Problemas (Factor 7)** - Esta dimensão, parece exprimir a ideia de que o acto de fumar tende a resolver problemas pessoais que afectam física e psicologicamente o indivíduo que pratica o acto.

**Quadro 15 - Resumo das dimensões atribucionais e respectivos itens**

<b>DIMENSÕES/ITENS</b>	
<b>Mecanismos de Adaptação</b>	
Item 6	O acto de fumar ajuda a saborear momentos de sucesso profissional.
Item 13	O acto de fumar ajuda a responder às solicitações da vida diária.
Item 16	O cigarro por vezes estimula a actividade profissional.
Item 23	Fumar ajuda a promover a adaptação a situações novas.
Item 34	O acto de fumar ajuda a promover sentimentos de bem-estar.
Item 36	Fumar ajuda a promover a segurança pessoal.
Item 37	O acto de fumar ajuda a aumentar a capacidade de decisão no trabalho.
Item 39	O acto de fumar ajuda, por vezes, a enfrentar situações de amargura na actividade profissional.
Item 44	O tabaco serve, por vezes, de estimulante.
Item 45	Fumar por vezes ajuda a combater a fadiga.
Item 46	Fumar ajuda a resolver problemas profissionais.
Item 54	O consumo de tabaco, por vezes, ajuda a manter o equilíbrio do organismo.
<b>Actividade Lúdica</b>	
Item 1	Fumar ajuda a passar o tempo.
Item 2	Fumar é uma forma de interromper a rotina no trabalho.
Item 3	O acto de fumar serve, por vezes, de tranquilizante em situações conflituosas
Item 11	O acto de fumar ajuda a aguentar o stress provocado pelo ambiente de trabalho.
Item 14	Fumar é uma forma lúdica de ocupar o tempo.
<b>Consequências Negativas</b>	
Item 10	Fumar, raramente, dá prazer.
Item 19	O acto de fumar diminui o poder de concentração.
Item 24	Fumar é um sinal de fraqueza pessoal.
Item 28	O acto de fumar torna as pessoas mais irritáveis em momentos de stress.
Item 30	Fumar é um acto de irresponsabilidade profissional.
Item 33	Fumar dificulta o desempenho das actividades profissionais
Item 38	O acto de fumar diminui a vontade pessoal.
Item 50	O acto de fumar dificulta o relacionamento entre as pessoas.

## **DIMENSÕES/ITENS**

### **Relacionamento Interpessoal**

- Item 8 Fumar facilita o relacionamento com os outros.
- Item 12 Fumar ajuda a marcar presença em actos sociais.
- Item 43 Fumar ajuda a manter a auto-imagem.

### **Efeitos Adictivos**

- Item 9 Fumar, por vezes é uma necessidade fisiológica.
- Item 20 O acto de fumar está muitas vezes associado à realização de certas actividades de vida diária.

### **Tranquilizante**

- Item 5 O consumo de tabaco ajuda a gastar a energia acumulada no organismo.

### **Resolução de Problemas**

- Item 25 Fumar é uma maneira de combater a solidão.
- Item 27 Fumar por vezes é uma forma de controlar o peso.

## 2 - ANÁLISE DE COVARIÂNCIA DAS DIMENSÕES ATRIBUCIONAIS

Com a finalidade de estabelecer e compreender as possíveis relações entre as dimensões atribucionais com a variável comportamental e variáveis sócio-demográficas, realizou-se uma análise de variância - abordagem multivariada.

Não obstante, a dimensão “Tranquilizante” ser formada apenas por um item, o que levaria a decidir-se pela não inclusão, em análises posteriores, optou-se pela sua continuidade na análise, uma vez que se trata de um modelo exploratório.

A análise de variância, foi feita através do modelo ANOVA (ANCOVA), indicando como variável dependente o comportamento de fumar, covariáveis todas as dimensões: Mecanismos de Adaptação; Actividade Lúdica; Consequência Negativas; Relacionamento interpessoal; Efeitos Adictivos; Tranquilizante; Resolução de Problemas; como variáveis independentes a idade, sexo, estado civil e grupo profissional.

Posteriormente, foram especificados os seguintes sub-comandos: *Covariates First/Statistics MCA REG MEAN / Method Unique / Format Labels*.

A introdução na análise, de todas as variáveis sócio-demográficas, teve como finalidade evitar que passassem despercebidas eventuais relações espúrias.

Os resultados desta análise encontram-se resumidos no quadro que se segue. Como se pode verificar a variabilidade da variável dependente é devida às covariáveis (dimensões) e não às variáveis independentes (sexo, estado civil, grupo profissional).

Por outro lado à excepção das variáveis “Efeitos Adictivos” e “Tranquilizante” os valores de F encontrados são altamente significativos.

Estes resultados sugerem que o comportamento de fumar é devido a um conjunto de causas interactuantes, embora umas com maior significância estatística que outras.

Por outro lado, pode afirmar-se que, a relação entre o comportamento de fumar e as dimensões atribucionais não é devida, aos efeitos provocados pelas variáveis sócio-demográficas (características dos sujeitos). Este resultado veio confirmar achados já referidos, anteriormente. Não foram encontradas diferenças de atitudes (na escala global) e as características dos sujeitos, quando se procedeu à análise da validade do constructo, com referência a um critério externo (capítulo 4).

**Quadro 16** - Análise de covariância das dimensões atribucionais com o comportamento de fumar.

Variáveis em Análise	Soma dos Quadrados	Graus de Liberdade	Média dos Quadrados	Valor de F	Sig. de F
<b>Covariáveis</b>	59.68	7	8.53	15.75	0.001
Mecanismos Adaptação (F1)	2.89	1	2.89	5.35	0.02
Actividade Lúdica (F2)	10.84	1	10.84	20.03	0.001
Consequências Negativas (F3)	4.47	1	4.47	8.26	0.001
Relaciona\ Interpessoal (F4)	10.68	1	10.68	19.73	0.001
Efeitos Adictivos (F5)	1.92	1	1.92	3.55	0.06
Tranquilizante (F6)	0.01	1	0.01	0.02	0.88
Resolução Problemas (F7)	4.13	1	4.13	7.63	0.01
<b>Efeitos Principais</b>	5.60	7	0.80	1.32	0.26
Idade	2.28	3	0.76	2.78	0.08
Sexo	0.01	1	0.01	0.02	0.88
Estado Civil	3.31	3	1.10	2.04	1.11
Grupo Profissional	0.00	1	0.00	0.01	0.94
<b>V. Explicada</b>	63.30	13	4.86	9.00	0.001
<b>V. Residual</b>	134.20	248	0.54	-	-

Por se verificar que os valores de F encontrados para as variáveis: “Efeitos Adictivos” ( $F = 3.55$ ;  $P < 0.06$ ) e “Tranquilizante” ( $F = 0.02$ ;  $P < 0.88$ ), não tinham significado estatístico, procedeu-se a uma segunda análise, excluindo da análise estas variáveis, de acordo com o mesmo modelo; no sentido de verificar se os resultados se alteravam. O quadro(17) dá conta dos resultados dessa análise.

Pelo que se pode verificar, os valores de F aumentaram em todas as covariáveis, excepto na covariável “Relacionamento Interpessoal”. Isto significa que, uma parte dos efeitos desta variável, eram devidos aos efeitos das dimensões, “Efeitos Adictivos” e “Tranquilizante”. Por outro lado, os valores de F e sua significância estatística nas variáveis independentes, não sofreram alterações significativas.

De referir, que foram feitas tentativas sucessivas, no sentido de verificar se a relação encontrada era devida aos efeitos produzidos pelo conjunto das dimensões ou por outras variáveis. Neste sentido, fizeram-se sucessivas combinações, excluindo da análise as covariáveis, uma a uma.

De referir que, quando se retirou da análise as covariáveis, Relacionamento Interpessoal (F4) e Resolução de Problemas (F7), as variáveis, Mecanismos Adaptação (F1) e Actividade Lúdica (F2), não produziam os mesmos efeitos. Os valores de F desciam consideravelmente, ficando mesmo sem significado estatístico para  $p < 0.05$ . Este facto, sugere que a variabilidade de Mecanismos Adaptação (F1) e Actividade Lúdica (F2), é fortemente influenciada pela variabilidade da dimensão, Relacionamento Interpessoal (F4) e Resolução de Problemas (F7). A única variável que, quando excluída da análise, não provocou alterações significativas, nos resultados da covariação: Isto é, em que os valores de F não sofreram grandes alterações, foi a variável, Consequências Negativas (F3).

**Quadro 17** - Análise de Covariância das dimensões atribucionais com o comportamento de fumar - *resultados finais*

Variáveis em Análise	Soma dos Quadrados	Graus de Liberdade	Média dos Quadrados	Valor de F	Sig. de F
<b>Covariáveis</b>	56.52	5	11.30	20.79	0.001
Mecanismos Adaptação (F1)	3.94	1	3.94	7.24	0.008
Actividade Lúdica (F2)	13.07	1	13.07	24.04	0.005
Consequências Negativas (F3)	5.11	1	5.11	9.39	0.002
Relaciona\ Interpessoal (F4)	9.53	1	9.53	17.53	0.005
Resolução Problemas (F7)	4.77	1	4.77	8.78	0.003
<b>Efeitos Principais</b>	5.73	7	0.82	1.45	0.208
Idade	2.04	3	0.68	2.40	0.10
Sexo	0.01	1	0.01	0.02	0.88
Estado Civil	3.69	3	1.23	2.26	0.08
Grupo Profissional	0.00	1	0.00	0.00	1.00
<b>V. Explicada</b>	61.49	11	5.59	10.35	0.001
<b>V. Residual</b>	136.47	251	0.54	-	-

## 2.1 - ESQUEMA DE CAUSALIDADE

Com a finalidade de explicar melhor o comportamento de fumar, através das relações estabelecidas entre as diferentes variáveis em análise, efectuou-se num primeiro momento, um estudo das correlações entre a variável comportamental e variáveis atribucionais através do comando *CORRELATIONS* que produziu os valores de  $r$  (Coeficiente de *Pearson*) e sua significância estatística. De seguida, procedeu-se ao estudo das correlações parciais (*PATIAL CORRELATIONS*) entre as mesmas variáveis, eliminando da análise as dimensões, Relacionamento Interpessoal (F4) e Resolução Problemas (F7), devido à não existência de relação com o comportamento de fumar, controlando em simultâneo as variáveis: idade, sexo, estado civil e profissão.

Por último, calcularam-se as correlações entre estas variáveis e as dimensões atribucionais. O diagrama que a seguir se apresenta, pretende representar os procedimentos acima referidos, bem como as relações encontradas e respectivos valores das correlações e sua significância estatística.

Pelo que se pode ver, o comportamento de fumar é explicado pelo conjunto de atitudes atribucionais, relacionadas entre si, e, que actuam independentemente das características biológicas e sócio-profissionais dos sujeitos. Isto é, quando são controladas as variáveis, idade, sexo, estado civil e profissão os valores das correlações entre as variáveis atitudinais e variável comportamental, não sofrem alterações.

Porém, quando as variáveis sócio-demográficas são colocadas em análise, uma a uma com cada dimensão, encontraram-se algumas correlações com significado estatístico. Como se pode verificar no diagrama, foram encontradas relações entre as seguintes variáveis: sexo e profissão com Mecanismos Adaptação (F1) e Actividade Lúdica (F2).

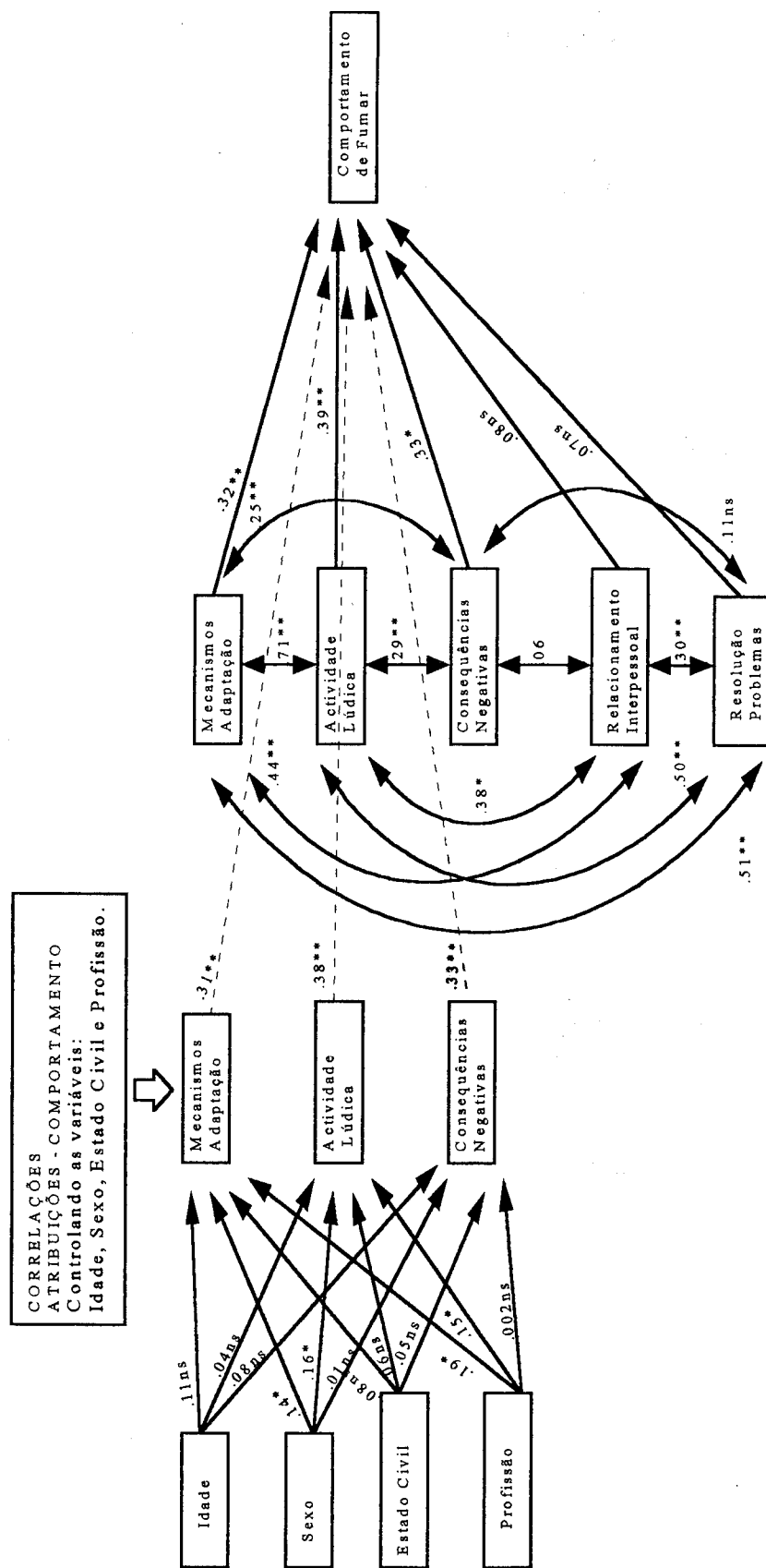
De referir que, na generalidade, as dimensões atribucionais se relacionam entre si, não havendo correlações com significado estatístico, apenas entre Consequências Negativas (F3) com Relacionamento Interpessoal (F4) e Resolução de problemas (F7). Por outro lado, estas duas variáveis (F4 e F7), não se correlacionam com a variável comportamental. Este dado sugere que, estas duas variáveis só produzem efeitos quando colocadas em análise conjuntamente com as outras dimensões; uma vez que na análise de covariância elas constituíam fonte de variância. Dito de outra maneira, as variáveis, Relacionamento Interpessoal (F4) e Resolução de problemas (F7), têm uma influência indirecta com o

comportamento de fumar, dado que, apresentam correlações elevadas com as dimensões, Mecanismos Adaptação (F1), ( $r = .44$  e  $r = .52$  respectivamente) e Actividade Lúdica (F2) ( $r = .38$  e  $r = .50$  respectivamente); apresentando estas variáveis uma influência directa com a variável comportamental.

Este aspecto, talvez ajude a perceber porque é que na análise de covariância, quando se retiraram as variáveis Relacionamento Interpessoal (F4) e Resolução de problemas (F7), da análise de conjunto, os valores de F da variável F1 e F2 desceram consideravelmente, apresentando-se mesmo sem significado estatístico. As dimensões em análise parecem não ser independentes umas das outras, o que vem, em certa medida, comprovar o que se tinha dito quando se procedeu à análise factorial.



Figura 1 - Diagrama Correlacional



\* P < 0.05

\*\* P < 0.01

### 3 - ANÁLISE DISCRIMINANTE DAS DIMENSÕES ATRIBUCIONAIS

Com a finalidade de diferenciar, com base nas dimensões atribucionais, os três grupos: fumadores, ex-fumadores e não-fumadores e predizer quais as variáveis atribucionais com maior poder discriminativo em relação aos referidos grupos; recorreu-se à função *CLASSIFY* com a especificação dos seguintes comandos: *DISCRIMINANT \GROUPS = (Variável dependente - comportamento de fumar) \VARIABLES = (Variáveis independentes - Dimensões atribucionais) \ANALYSIS ALL \PRIORS SIZE*.

A análise discriminante é uma técnica de análise multivariada que está intimamente ligada à análise de regressão múltipla, a diferença entre elas, é que, na regressão múltipla a variável dependente é de intervalo ou escala de razão, enquanto que a função discriminativa é utilizada quando a variável dependente é categorial ou formada por grupos e a variável independente pode ser de tipo intervalar ou de categorias (Polit e Hungler, 1985).

No quadro 18, podem observar-se os resultados da análise discriminativa. De referir que as variáveis, Efeitos Aditivos e Tranquilizante, não foram incluídas nesta análise, pelo facto, de na análise anterior (modelo covariância) não apresentarem resultados com significado estatístico. Fazem parte desta análise, apenas, as variáveis: Mecanismos de Adaptação, Actividade Lúdica, Consequências Negativas, Relacionamento Interpessoal e Resolução de Problemas.

Os resultados da função discriminativa revela quais os factores ou dimensões atribucionais com maior poder discriminativo. Assim, e, por ordem decrescente, são as seguintes: Actividade Lúdica, Mecanismos de Adaptação, Consequências Negativas, Resolução de Problemas e por último Relacionamento Interpessoal.

A função discriminante, é considerada pela maioria dos autores de difícil interpretação, principalmente quando estão em análise mais do que dois grupos em simultâneo.

Porém, ela serve no essencial o objectivo com que foi conduzida. Permite afirmar que as dimensões analisadas neste estudo, constituem indicadores preditivos para futuros trabalhos similares que tenham por objectivo o estudo das diferenças entre os grupos em questão; ou aprofundar o tema, trabalhando apenas com um dos grupos estudados. Por outro lado, fornece uma visibilidade do contributo relativo dos diferentes grupos, para as

pontuações obtidas na escala, e, permite dizer em que dimensões atribucionais, cada grupo em estudo admitiu maior grau de concordância.

Resumidamente, dir-se-ia o seguinte: nas dimensões Mecanismos de Adaptação (F1), Actividade Lúdica (F2) e Consequências Negativas (F3), o grupo dos indivíduos fumadores, foi aquele que se mostrou mais favorável ao conteúdo dos itens. Na dimensão Relacionamento Interpessoal (F4), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, fumadores, ex-fumadores e não-fumadores manifestaram uma atitude semelhante face ao conteúdo dos itens. Por último, na dimensão Resolução de Problemas (F7), foram os indivíduos ex-fumadores que se manifestaram mais favoráveis.

**Quadro 18 - Análise discriminante das dimensões atribucionais.**

<b>Variáveis Atribucionais</b>	<b>Wilks' Lambda</b>	<b>Valor F</b>	<b>Sig. F</b>	<b>Fumadores</b>	<b>Ex- fumadores</b>	<b>Não- fumadores</b>
Mecanismos Adaptação	0.88	18.52	0.0001	25.42	19.49	18.58
Actividade Lúdica	0.84	24.72	0.0001	13.84	12.16	9.59
Consequências Negativas	0.88	17.54	0.0001	34.40	29.91	28.98
Relaciona\ Interpessoal	0.99	0.79	0.4557	4.47	4.67	4.90
Resolução Problemas	0.98	2.91	0.05	3.67	4.16	3.46

#### **4 - DISCUSSÃO**

Apresentaram-se neste capítulo os procedimentos e resultados da análise factorial da escala ACCF; a análise do modelo causal (modelo ANOVA e estudo das correlações) e a análise discriminante das dimensões de acordo com os grupos em estudo.

Pela análise factorial, foram identificadas sete dimensões ou constructos teóricos, que resultaram da aplicação dos critérios anteriormente definidos.

Admitindo que o modelo de análise escolhido foi, de facto, adequado a este tipo de estudo, pode dizer-se que as atribuições de causalidade do comportamento de fumar, são de natureza multicausal. Os factores que explicam a manutenção do consumo de tabaco nos profissionais de saúde são de natureza diversa, e, a sua interrelação muito complexa.

Dado que são vários os itens que saturam em mais do que um factor; estes parecem apresentar-se de uma forma não verdadeiramente independente. Por conseguinte, o conjunto dos itens que integra a escala ACCF não são factorialmente distintos; isto significa, que os sujeitos inquiridos não responderam de uma forma distinta aos diferentes itens. Resultados deste tipo são para a maioria dos autores de difícil interpretação. Mas, dado tratar-se de um comportamento complexo em que se sabe não existir uma única causa capaz de justificar tal comportamento; pode dizer-se que, os resultados desta análise estão de acordo com o que se conhece cientificamente, sobre a forma como se estruturam e organizam as razões que procuram explicar o hábito de fumar.

De realçar que as cargas factoriais são, na generalidade, muito superiores a 0.30, valor a partir do qual se considerou válido para a inclusão do item. Se por um lado, todos os itens apresentaram cargas factoriais superiores a 0.30, por outro, o facto de grande parte dos itens saturarem em mais do que um factor, aponta para a necessidade de ser tentado outro critério. Nestes casos, segundo Bryman e Cramer (1992), um dos critérios que pode ser estabelecido, é considerar como limite a correlação acima da qual nenhum item se correlaciona fortemente com mais do que um factor. A vantagem desta regra é que os factores são interpretados em relação a itens que se relacionam exclusivamente consigo. E portanto, a sua interpretação seria mais fácil. Contudo, pelos valores das cargas factoriais encontrados, e, pelos pressupostos teóricos desta investigação não parece ser esta a solução para ultrapassar esta dificuldade de interpretação. Por outro lado, o uso destas duas convenções em conjunto, na decisão de que variáveis devem ser incluídas em que factores, torna o critério muito exigente, e, por isso, a maioria dos investigadores ignoram a segunda convenção e utilizam todas as saturações superiores a 0.30 independentemente de haver variáveis em mais do que um factor (Bryman e Cramer, 1992).

Os resultados desta análise factorial, configuram-se com a proposição formulada por Kelley, segundo a qual a percepção social se assemelha a uma análise factorial. Os atribuidores analisam a informação mediante processos de indução abstracta numa relação de causa-efeito. O importante é que se conheça a fonte de informação a partir da qual se desenvolve a atribuição causal (Hewstone, 1992). Dada a conhecer a acção ou comportamento ao atribuidor, deve proporcionar-se informação de múltiplas fontes para que se produza o efeito de covariação e de configuração dos factores que são causas plausíveis do efeito observado.

A exploração dos factores no domínio das atribuições, como uma procura da verdade na explicação do porquê do acto de fumar nos profissionais de saúde, mostrou-se um fenómeno complexo e multideterminado. Por conseguinte, o efeito de cada factor é de difícil interpretação como nos testemunha os resultados da análise factorial (quadro 14).

Trata-se de um processo dinâmico e interactivo. Por um lado, os factores identificados parecem apresentar maior importância, no sentido em que o seu valor próprio (eigenvalue) é independente, e, nesta perspectiva é possível hierarquizá-los. Por outro, verifica-se que esse efeito não é verdadeiramente independente; cada factor interfere, ele mesmo, sobre os efeitos dos outros.

Não se encontraram pesquisas, sobre o fenómeno da multicausalidade do comportamento de fumar, onde a análise factorial estivesse implicada; pelo que, neste momento, mais importante que comprovar ou comparar resultados de verificação de hipóteses anteriores, é importante compreender as possíveis ligações dos resultados obtidos na aplicação desta técnica aos pressupostos teóricos derivados da teoria das atribuições de causalidade.

Outro elemento, que parece relacionar-se com a teoria das atribuições é o facto de haver uma certa ambiguidade na forma como os sujeitos perceberam o acto de fumar no que concerne às causas e consequências; ou se trata de um desvio atribucional, ou existe de facto covariação entre causas e consequências. Uma vez que causas (factor Mecanismos de Adaptação, Actividade Lúdica, Relacionamento Interpessoal, Efeitos Adictivos, Tranquilizante e Resolução de Problemas) e consequências (factor Consequências Negativas), aparecem no mesmo campo factorial, mostrando-se o factor Consequências Negativas, mais independente que qualquer outro.

Apenas o item 10 "Fumar raramente dá prazer" e o item 50 "o acto de fumar dificulta o relacionamento entre as pessoas", saturam em simultâneo ( com cargas factoriais relativamente baixas) nos factores, Efeitos Adictivos e Relacionamento Interpessoal, respectivamente.

O atribuidor tende a perceber razões para o acto de fumar e consequências desse mesmo acto, no mesmo campo causal (Mackie, 1974; cit. Kanouse, 1987 e Hewstone, 1992).

De referir que a introdução dos itens desfavoráveis ao acto de fumar, e que, sob o ponto de vista do seu conteúdo podem ser vistos, de facto, como consequências negativas

resultantes do acto em si, foram introduzidos na escala por questões de ordem metodológica, tal como referido no capítulo 3. Porém, e, pelo facto do conjunto destes itens constituírem um factor (análise factorial - quadro 14) e por outro lado constituírem uma dimensão válida para discriminar o grupo dos fumadores (análise discriminante - quadro 18), tem de admitir-se que os atribuidores, independentemente das razões que apresentaram para explicar o acto de fumar, reconhecem que esse mesmo acto produz efeitos - neste caso negativos.

Nesta perspectiva, pode dizer-se que o fumador tende a atribuir a factores externos, relacionados com o meio, a causa do seu comportamento, e, a atribuir as consequências do acto a factores de natureza interna, à sua própria pessoa. A compreensão desta evidência estatística pode ser facilitada recorrendo ao conteúdo dos itens pivot das dimensões que se mantiveram em análise (cf. quadro 18).

Assim, para a dimensão, Mecanismos de Adaptação, o item com carga factorial mais elevada é o item 46 “Fumar ajuda a resolver problemas profissionais”. Na dimensão Actividade Lúdica, é o item 1 “Fumar ajuda a passar o tempo”. O item 8 “Fumar facilita o relacionamento com os outros” é aquele que tem maior saturação na dimensão, Relacionamento Interpessoal. Por último na dimensão, Resolução de Problemas, o item com maior peso é o item 27 “Fumar por vezes é uma forma de controlar o peso” (cf. quadro 14).

Os resultados da análise de covariância, parecem estar de acordo com o modelo de Kelley (1967). Neste modelo considera-se que o efeito é consequência do factor com o qual ele covaria (Kelley, 1987).

Neste estudo, foram identificadas cinco covariáveis (cf. quadro 17) que partilham a sua variabilidade com a variável comportamental: Mecanismos de Adaptação, Actividade Lúdica, Consequências Negativas, Relacionamento Interpessoal e Resolução de Problemas.

Numa análise mais detalhada, vai tentar-se uma explicação teórico-metodológica dos critérios e suas possíveis combinações, preconizadas por Kelley, para uma melhor compreensão do fenómeno da atribuição de causalidade do comportamento de fumar.

Desta forma, entende-se que os resultados desta investigação podem ser justificados através da seguinte combinação: alto consenso, alta coerência e alta distinguibilidade dirigidos ao estímulo que, neste caso, é a realização do acto de fumar.

**Alto consenso** - os efeitos produzidos por cada dimensão atribucional apenas se verificam quando todas as dimensões são introduzidas em análise em simultâneo, e, não devidos apenas, a uma qualquer dimensão. Todas as covariáveis partilham variância com os efeitos totais produzidos. As atribuições são consensuais ao nível dos efeitos que produzem, ficando cada uma delas com efeitos relativos e comuns a todas as outras. Provavelmente, é o que se passa com o modo de processamento da informação por parte do atribuidor.

**Alta consistência** - os efeitos produzidos pelas dimensões atribucionais têm significado estatístico, são verdadeiras sob o critério de erro estabelecido. A relação entre atribuições e comportamento, não é devida ao acaso. Os efeitos produzidos pelas atribuições de causalidade podem vir a repetir-se, apenas com uma margem de erro de 1%.

**Alta distinguibilidade** - os efeitos encontrados são devidos, de facto, ao conjunto das causas (Dimensões atribucionais) e não às variáveis sócio-demográficas introduzidas na análise. A relação entre atribuições e comportamento não é espúria.

Pode afirmar-se que este modelo de análise, pelo menos no seu sentido mais técnico, é válido para produzir inferências causais do comportamento de fumar.

Porém, para se fazer face às principais limitações deste modelo, referidas por Hewstone (1992), é necessário ter alguns cuidados; que a seguir se mencionam:

a) criar condições para que não se produzam relações causais espúrias; isto pode ser minimizado através de um modelo de análise multivariado controlando os efeitos de variáveis independentes, como foi o caso nesta investigação relativamente às variáveis: sexo, idade, estado civil e profissão;

b) procurar utilizar critérios de validação das atribuições realizadas; isto pode ser facilitado, criando um instrumento de medida (escalas de intervalo) passível de ser sujeito a análises estatísticas paramétricas.;

c) fornecer ao atribuidor o máximo de fontes de informação, aumentando a possibilidade de ele processar a informação sob um modelo empírico de covariação; isto pode ser facilitado se as entrevistas forem realizadas em profundidade, por forma a esgotar as possíveis explicações sobre o comportamento de fumar. Este procedimento tem efeitos directos na construção da escala de atitudes atribucionais.

Neste sentido, para além dos requisitos gerais para a realização de qualquer entrevista, três elementos se afiguraram fundamentais: 1) a linguagem utilizada pelo entrevistador. É importante que, se utilizem desde logo termos que expressem um sentido de causalidade; 2) a forma de registo, a gravação é importante para manter a fidedignidade da informação, para se perceberem as palavras inseridas no contexto e para não perder informação; 3) o tempo previsto para a entrevista, se houver total disponibilidade, o entrevistado pode decidir sobre as razões a fornecer, com maior veracidade.

O esquema desenhado a partir do estudo das correlações, mostrou-se pertinente na medida em que permitiu estabelecer conexões que não foram conseguidas pela análise de covariância, e, confirmou resultados obtidos nessa mesma análise.

O primeiro dado relevante, prende-se com o facto das variáveis Relacionamento Interpessoal e Resolução de Problemas apresentarem valores de correlações muito baixas. Contudo, tinha-se observado no modelo anterior que estas duas dimensões covariavam e com significado estatístico. Mas, por outro lado, quando retiradas da análise, os efeitos das restantes dimensões diminuía drasticamente. Este facto explica-se pelas altas correlações entre estas duas variáveis com os factores, Mecanismos de Adaptação e Actividade Lúdica em simultâneo. Isto é, o efeito produzido pelas variáveis, Relacionamento Interpessoal e Resolução de Problemas, é um efeito indirecto.

O facto destas variáveis (Relacionamento Interpessoal e Resolução de Problemas) partilharem variância, parecendo que, esse efeito era devido a elas mesmas, é devido à utilização do modelo de análise multivariado (ANOVA) utilizando o critério de método único. Isto é, as covariáveis entravam na análise ao mesmo tempo.

O resultado das correlações (cf. fig. 1), confrontado com o modelo de covariação, parece estar de acordo com o esquema causal de Kelley (1973), designado por *múltiple necessary cause* (MNC), (Kelley, 1987; Rodrigues, 1991; Hewstone, 1992; Morales, 1994; Försterling, 1994).

Este modelo, admite que, para se produzir o efeito, é necessário operarem várias causas ao mesmo tempo. É precisamente, o que acontece neste estudo, retirando-se da análise as dimensões (Relacionamento Interpessoal e Resolução de Problemas), os valores das correlações com o comportamento de fumar desciam drasticamente, anulando, nalguns casos, o efeito por completo. Isto é devido, ao facto de se verificarem valores muito altos das correlações entre as diferentes dimensões atribucionais.



Pode afirmar-se que é necessária a presença de todas as dimensões atribucionais (cf. quadro 17) para que o efeito produzido por cada uma delas e no seu conjunto se verifique. Por outro lado, como se pode constatar no esquema 1, quando se controlam as variáveis sócio-demográficas, os valores das correlações entre atribuições e comportamento mantêm-se; demonstrando que não existe influência dessas variáveis capazes de alterar os efeitos produzidos pelas dimensões atribucionais.

A análise discriminante das dimensões atribucionais, veio confirmar a hipótese formulada (cf. capítulo 3), de que existiam diferenças atribucionais entre os grupos em análise (fumadores, ex-fumadores e não-fumadores). Nesta perspectiva, considera-se uma análise confirmatória.

No entanto, esta análise permite-nos testar a mesma hipótese, mas, com a possibilidade de particularizar e situar essas diferenças, de acordo com as diferentes dimensões atribucionais em análise (cf. quadro 18).

As diferentes variáveis explicativas envolvidas, variam na ênfase dada aos elementos particulares que as compõem. Assim, os indivíduos fumadores atribuem ao acto de fumar causas de natureza situacional - Actividade Lúdica, Mecanismos de Adaptação ao trabalho e dirigidas à pessoa - Consequências Negativas.

## CONCLUSÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo, teve como principal propósito a identificação e análise das atribuições de causalidade do comportamento de fumar nos profissionais de saúde. Para tal, estruturam-se dois momentos diferentes mas intimamente ligados. No primeiro, adoptaram-se procedimentos metodológicos conducentes à elaboração da escala de atribuições, pela realização de entrevistas livres e complementadas pelo recurso a bibliografia adequada, formando assim um conjunto de informação disponível à avaliação dos sujeitos da amostra.

No segundo momento, procedeu-se à análise e interpretação dos resultados, procurando dar sentido às opções tomadas. O rigor e a coerência foram o suporte do processo de investigação e garantiram duas condições essenciais: a) a primeira, foi demonstrada pelos resultados das análises estatísticas efectuadas; b) a segunda, pela procura constante e sistemática de uma interpretação cuidada por forma a garantir a esta investigação utilidade futura.

A lógica que orientou todo este trabalho, integrador das análises parcelares, desenvolveu-se a dois níveis:

a) ao nível estrutural - que se caracterizou por imprimir ao desenho global da investigação uma coerência entre a lógica da organização e descrição do objecto de estudo e métodos utilizados e a lógica do quadro conceptual que a suporta.

b) ao nível da avaliação dos resultados - que se caracterizou pela inferência de um conjunto de informações a partir da análise da relação entre as diferentes variáveis.

### Fidelidade e validade da informação

A combinação das entrevistas livres com a escala de atitudes, no sentido de avaliar as atribuições causais, mostrou-se uma opção válida por duas razões principais. A primeira, deve-se ao facto dos conceitos fundamentais das teorias da atribuição causal fazerem referência ao modo como as pessoas fazem distinções causais, qual o verdadeiro vocabulário utilizado e que termos são utilizados com mais frequência (Kelley e Michela, 1980). A segunda razão, está relacionada com o facto de que, na opinião de alguns autores, o uso de escalas de intervalo na investigação atributiva tem desencadeado um excesso de

confiança por parte dos investigadores, esquecendo o mais elementar princípio das teorias da atribuição causal, que é, como anteriormente referido, o modo como as pessoas explicam normalmente os acontecimentos (Hewstone, 1992).

Destes pressupostos, e, pela experiência tida no decorrer desta investigação, e ainda, pelos dados obtidos ao nível da fidedignidade e validade dos resultados, pode referir-se que, a questão dos instrumentos de recolha de informação e o critério de medida é uma questão central para o sucesso ou insucesso da investigação atribucional. Já se tinham referido anteriormente, no momento da discussão dos resultados, alguns elementos que se afiguraram de extrema importância, ao nível das entrevistas, para que se produzissem “verdadeiras” inferências causais (cf. capítulo 3). Voltamos aqui a reforçar essa ideia, deixando, naturalmente, “em pé” a dúvida relativa à melhor forma de medir atribuições, se por meio de questões abertas se fechadas (Maruyama, 1982); se através de atribuições provocadas se espontâneas (Weiner, 1985).

Uma atenção particular foi dedicada à avaliação das qualidades psicométricas da escala de atribuições de causalidade do acto de fumar.

Relativamente à fidelidade dos resultados (cf. quadro 11), os coeficientes de *Spearman-Brown* (0.87) e de *alpha* (0.91) obtidos, apontam para valores altamente satisfatórios para este tipo de escalas (Ferguson, 1984; Bryman e Cramer, 1992; Golombok e Rust, 1992).

Quanto à validade dos resultados (cf. quadro 12), as análises centraram-se essencialmente, em torno da validade do constructo, com referência a um critério externo o de “grupos conhecidos” e da validade preditiva. No que se refere à validade com referência a um critério externo, examinaram-se as diferenças atribucionais entre os três grupos considerados (fumadores, ex-fumadores, e não-fumadores). Os resultados obtidos, indicaram sempre que, ao consumo de tabaco se associavam atitudes atribucionais mais favoráveis. Tais resultados, parecem assim, fornecer suporte a uma definição do conceito de atitude geral em relação ao consumo de tabaco na população estudada.

No que diz respeito à validade preditiva (cf. quadro 13), a análise de variância efectuada, mostrou que os indivíduos que percebem o problema do consumo de tabaco, como transitório, isto é, aqueles que pensam, que num futuro próximo abandonarão o hábito, atingem pontuações na escala mais baixas que aqueles que se mostraram firmes quanto à intenção em continuar a fumar.

Ficou demonstrado que não existe apenas uma causa que justifique o consumo de tabaco, os sujeitos não atribuíram a uma causa, um maior peso para justificar o comportamento de fumar.

O processo de atribuição desenvolve-se, fazendo covariar múltiplas causas. Isto indica que, partir das pessoas para descobrir as razões do seu próprio comportamento ou do comportamento dos outros, parece ser uma opção adequada e com maior fidedignidade do que inventariar à priori as razões que, na perspectiva do investigador estão na base dos acontecimentos - Neste caso passaria a ser o investigador o próprio atribuidor.

Por outro lado, é importante que se caracterize o contexto, bem como os sujeitos, nomeadamente pelo nível de informação que possuem sobre o objecto de estudo. Este pressuposto, apoia-se no facto de se terem encontrado indícios de que as variáveis de natureza demográfica e sócio-profissional exercem influência nas atitudes dos sujeitos e, por conseguinte, levem a processos de atribuições específicos.

Resumidamente, apresentam-se por tópicos os resultados a que se chegou, já anteriormente justificados (cf. capítulo 4 ponto 5 e capítulo 5 ponto 4) e que podem facilitar a compreensão ao nível metodológico, no âmbito da teoria da atribuição.

\* O modelo de combinação das entrevistas com a escala de atitudes, mostrou-se adequado para produzir “verdadeiras” atribuições e informação mais fidedigna.

\* O estímulo fornecido aos sujeitos no início das entrevistas (linguagem causal) produziram efeitos no atribuidor, que, parecem reflectir-se no modelo estatístico de inferência causal.

\* Neste estudo, ficou demonstrada a importância da análise de consistência interna da escala (com critérios exigentes) que conduziu à selecção dos itens da versão final. Este procedimento foi decisivo para a eficácia das análises seguintes. Talvez o melhor exemplo tenha sido, mesmo, na análise factorial já que, após a aplicação dos critérios definidos, mais nenhum item foi eliminado (cf. quadro 14).

\* É importante investigar sobre atribuições em contextos e grupos específicos. O conteúdo dos itens reflete a especificidade do contexto e por outro lado, não se encontraram

diferenças significativas (no conjunto dos itens) entre os dois grupos profissionais, médicos e enfermeiros (cf. capítulo 4).

\* Variáveis de natureza demográfica e sócio-profissional, devem ser sempre incluídas em planos de investigação com características semelhantes. Encontraram-se correlações com significância estatística (análise separada) entre o sexo e profissão com algumas dimensões atribucionais (cf. figura 1).

### **Enquadramento teórico dos resultados**

A análise multivariada (modelo ANOVA - covariância) mostrou-se uma opção pertinente e quase que obrigatória, uma vez que a análise factorial apontava, em análises posteriores, para o uso de técnicas que fornecessem uma visão de conjunto do relacionamento das variáveis ou dimensões encontradas.

Os resultados indicaram, com clareza, que o comportamento de fumar é de natureza complexa, e que, as razões que as pessoas apresentam para o consumo de tabaco não são mutuamente exclusivas; elas estão intimamente relacionadas e actuam concomitantemente.

Este procedimento permitiu eliminar ou aceitar, com critérios estatísticos as dimensões que, de facto, constituíam ou não fonte de variância e qual o seu contributo relativo para a variância total. Verificou-se que as variáveis Efeitos Adictivos e Tranquilizante não constituíram, fonte de variância com importância no estudo, não tendo por isso mesmo, sido incluídas nas análises posteriores. Tendo ficado incluídas no modelo causal, após vários processos de “depuração”, cinco variáveis atribucionais: Mecanismos de Adaptação, Actividade Lúdica, Consequências Negativas, Relacionamento Interpessoal e Resolução de Problemas.

Pela inclusão, no modelo de análise utilizado, das variáveis sócio-demográficas foi observado que a relação entre atribuições e comportamento de fumar não é uma relação espúria, pelo menos no que concerne às variáveis utilizadas neste estudo. Isto é, as características pessoais e sócio-profissionais dos sujeitos não influenciaram (com significância estatística) as atribuições.

O procedimento tido na experimentação em excluir da análise (modelo - covariância) todas e cada uma per si as diferentes dimensões, forneceu dados que sugeriram

possível efeito indirecto das dimensões Relacionamento Interpessoal e Resolução de Problemas. Constituindo-se assim, como um factor determinante para a construção do esquema causal. Pensa-se que, com este procedimento se melhorou muito a compreensão da complexidade das relações estabelecidas entre as variáveis em estudo e, a direcção dessas relações.

Os resultados da função discriminante (cf. quadro 18), constituíram indicadores seguros das diferenças atribucionais sobre o hábito de fumar dos três grupos em análise; fumadores, ex-fumadores e não-fumadores. Colocaram a descoberto, quais as dimensões que melhor avaliam a atitude favorável versus desfavorável de cada grupo de sujeitos. Apresentam-se por ordem decrescente as dimensões atribucionais, segundo o seu poder discriminativo: Actividade Lúdica, Mecanismos de Adaptação e Consequências Negativas.

Os resultados desta investigação, demonstraram inequivocamente, que as atribuições do hábito de fumar, são consistentes com o comportamento de fumar ou de não-fumar.

Em função destes resultados sugere-se que as atribuições de causalidade são um constructo teórico que ao nível avaliativo podem predizer o comportamento de fumar ou de não fumar.

Apresentam-se de seguida, alguns tópicos, que configuram os resultados deste estudo ao nível da teoria da atribuição causal, já anteriormente justificados.

\* O sentido comum, mostrou-se um valioso recurso para a construção científica de um modelo de atribuições de causalidade do comportamento de fumar. As convicções de sentido comum orientam o comportamento de fumar.

\* As atribuições são correspondentes à situação do atribuidor quanto ao consumo de tabaco.

\* As atribuições de causalidade do comportamento de fumar ajustaram-se aos critérios (de acordo com o conceito fundamental da teoria - como as pessoas explicam os acontecimentos) do modelo estatístico (ANOVA) proposto por Kelley.

\* As atribuições tendem a ser baseadas em formulações de cognição social - as conexões que se estabelecem entre informação acerca do comportamento e o contexto (pessoas,

ambiente e o social) suportam a decisão do atribuidor caracterizando na sua especificidade, as atribuições causais.

- \* As atribuições estão relacionadas com a avaliação que o atribuidor faz acerca das suas possibilidades (intenção) em deixar de fumar e ao grupo a que o atribuidor pertence.

- \* As dimensões atribucionais (Mecanismos de Adaptação e Actividade Lúdica), revelaram-se correlacionadas com a dimensão atribucional Consequências Negativas.

- \* As atribuições de causalidade são um constructo ou constructos teóricos válidos para predizer o comportamento de fumar.

- \* O comportamento de fumar é explicado pela presença simultânea de múltiplas variáveis atribucionais.

- \* As dimensões atribucionais Mecanismos de Adaptação, Actividade Lúdica e Consequências Negativas, revelaram-se boas preditoras do comportamento de fumar.

### **Implicações do estudo para a intervenção**

Qualquer modelo de intervenção que se baseie no conhecimento das causas que determinam o aparecimento de problemas e/ou acontecimentos, terá naturalmente uma maior probabilidade de ser eficaz. Porém, as causas da manutenção do consumo de tabaco são de natureza muito complexa, múltiplas e interactuantes. Por isso, não é fácil admitir que basta conhecer e planear em função das causas, para garantir eficácia à intervenção aos três níveis de prevenção.

Em termos de Educação para a Saúde o objectivo último é intervir nos factores causais de comportamentos considerados “negativos”, no sentido da mudança. Nesta perspectiva, uma melhor compreensão das razões que procuram explicar a manutenção do consumo de tabaco nos profissionais de saúde, parece ser uma estratégia fundamental para promover acções junto deste grupo de indivíduos.

A ideia fundamental é a de que os indivíduos fumadores passam por um processo de aprendizagem que lhes ensina a lidar com o acto de fumar como um estímulo, que por sua vez se reflete nas atribuições que fazem. As atribuições causais que eles fornecem traduzem um conjunto de crenças que “justificam” a manutenção do hábito e influenciam as atitudes do indivíduo que, por sua vez, orientam o seu comportamento. Assim, a forma básica do modelo encontrado neste estudo, parece ser a seguinte:

**Informação → Crenças. → Atribuições → Atitudes. → Comportamento**



- Antecedentes

- Favoráveis

- Fumador

- Consequentes

- Desfavoráveis

- Não-fumador

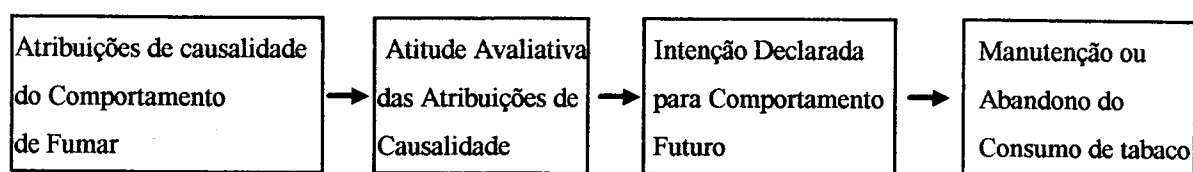
Conhecer as razões que levam os profissionais de saúde a prosseguirem no consumo de tabaco, é importante na medida em que a intervenção junto desses profissionais pode ser planeada tendo em vista a implementação de estratégias tendentes a modificar as crenças sob as quais se baseiam os atribuidores. Por outro lado, é importante porque conhecendo o conteúdo das atribuições é mais fácil encontrar argumentos que contrariem essa lógica e, consequentemente, levar os indivíduos a acreditar nos benefícios obtidos se deixar de fumar.

A compreensão das relações que se estabelecem entre as atribuições, atitudes e comportamento, pode ser igualmente importante para predizer o futuro quanto ao consumo de tabaco, e proceder a um planeamento para a intervenção, consistente e adequado às causas por um lado e, por outro, ao objectivo final - mudança de comportamento.

Outro elemento, que parece fundamental em termos de intervenção, é o conhecimento da intenção expressa do fumador quanto ao seu comportamento futuro. Este dado, ajuda a prever se se está perante um indivíduo capaz de vir a proceder a tentativas de abandono. De acordo com a teoria de acção planeada (Fishbein e Ajzen, 1975; Ajzen, 1984), estes resultados são válidos para se pensar que uma das estratégias para abordar o indivíduo fumador, é perguntar-lhe qual a sua intenção, num futuro próximo, relativa ao abandono do consumo de tabaco. Por outro lado, pode pensar-se que, identificando os indivíduos com vontade em deixar de fumar, será uma primeira fase do processo e, que a partir daqui, provavelmente, o indivíduo precisa de ajuda externa. Apresenta-se



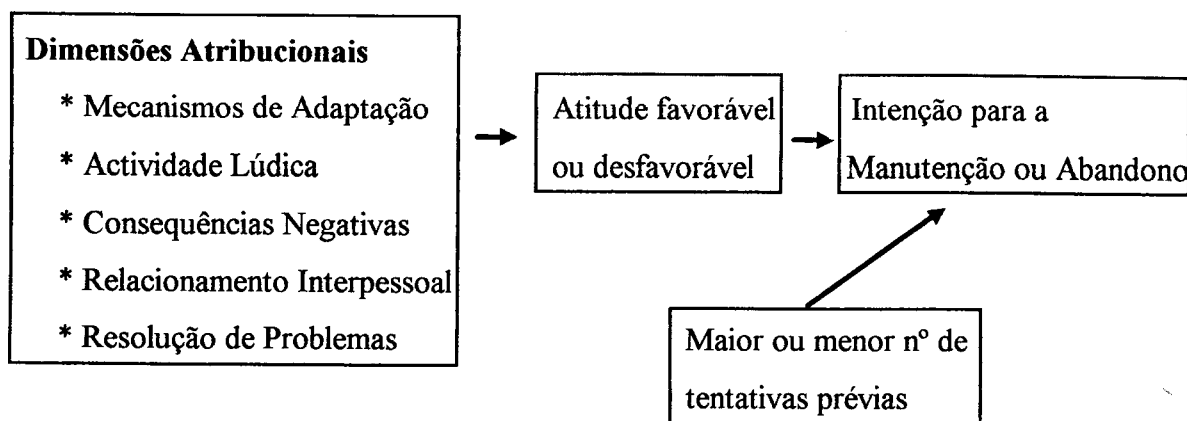
de seguida, um esquema que deriva das relações encontradas neste estudo e que pode ser útil para o planeamento da intervenção.



Por último, a relação encontrada entre intenção para abandonar o hábito e tentativas prévias, informa que o planeamento da intervenção, deve ser um planeamento estratégico, no sentido de levar o indivíduo a manifestar a intenção em abandonar o hábito mas, fundamentalmente que o processo se mostre eficaz na primeira tentativa que o indivíduo faça. Os esforços devem ser feitos no sentido de que o sujeito não venha a ser reincidente.

O que foi dito, sugere que a intervenção deve ser vista como um processo, desenvolvida em três etapas: a primeira - **fase da promoção** - deve levar o fumador a sentir-se fortemente motivado a deixar de fumar. Neste sentido é importante que ele expresse espontânea e livremente vontade em deixar de fumar, que consciencialize os possíveis sintomas derivados da privação e que aprenda estratégias alternativas para lidar com esse problema. Um plano devidamente delineado e acordado por ambas as partes pode mostrar-se uma medida adequada; a segunda - **fase da mudança** - nesta etapa para além do papel do próprio indivíduo, que é naturalmente fundamental, o educador deve ajudar o fumador a encontrar alternativas do seu agrado e utilizar estratégias diversificadas, nomeadamente pelo recurso à prática de actividades incompatíveis com o acto de fumar; a terceira fase - **fase da manutenção** - deve ter como objectivo central, garantir um periodo de abstinência suficientemente amplo por forma a evitar a todo o custo que o indivíduo se torne reincidente. O recurso a técnicas terapêuticas medicamentosas pode ser necessário para reduzir efeitos da privação do tabaco. É importante que se dê tempo suficiente para que se promova um processo de aprendizagem, capaz de desenvolver no indivíduo um sentimento de bem estar, desta vez, sem o uso do tabaco.

Teria sido útil ter-se perguntado aos ex-fumadores quantas tentativas fizeram para conseguir abandonar o consumo de tabaco. Pese embora a falta desta informação, o modelo que se segue pode ser ilustrativo do que se acaba de apresentar.



Tendo em conta, que as razões apresentadas pelos indivíduos fumadores, para procederem a tentativas em deixar de fumar e, as referidas pelos indivíduos ex-fumadores, para decidir, foram maioritariamente, como já referido, relacionadas com problemas de saúde, a ajuda pode passar pela explicação detalhada dos riscos derivados do fumo do cigarro, e, a tomada de consciência da eminência de um problema grave de saúde. Fica a dúvida se os indivíduos que manifestam a intenção em deixar de fumar, se são ou não, aqueles que nalgum momento da sua vida passaram por algum tipo de sofrimento relacionado com o consumo de tabaco e, por isso, têm medo das consequências da manutenção do hábito.

Contudo, confirma-se a hipótese de que a atribuição do acto de fumar é consistente com o comportamento e a atribuição do acto de fumar relaciona-se com a avaliação que o indivíduo fumador faz das suas expectativas relativas ao abandono do consumo de tabaco.

Validada a escala de atitudes, impõe-se em investigações futuras que se seleccionem como sujeitos, indivíduos fumadores ou ex-fumadores, podendo assim, passar-se à fase de caracterização das atribuições de causalidade, como forma de encontrar subsídios mais específicos tendo em vista uma intervenção efectiva junto dos profissionais de saúde no sentido da mudança de comportamentos. Com este procedimento pode melhorar-se o nível da sua própria intervenção na educação para a saúde da qual eles são ética e funcionalmente responsáveis.

Os resultados, ao evidenciarem as atribuições correspondentes com a situação do atribuidor quanto ao consumo de tabaco, salientam não só a necessidade de investigar em população fumadora como também a de investigar sobre os processos que conduzem à mudança de comportamentos (deixar de fumar).

Para abandonar o hábito de fumar é preciso abandonar todas as crenças que dão sentido ao comportamento de fumar. Cada indivíduo deve consciencializar, aprender que esse valores, que muito estima, os poderá ter, mesmo que não fume e se não os tem e gostaria de ter, pode adquiri-los fazendo uso das suas capacidades. É fundamental que se descubra algo gratificante para o abandono do cigarro. Deixar de fumar deve permitir ao fumador perceber que há outros prazeres, que ele tinha relegado por ser incompatível com o consumo de tabaco.

A sociedade espera que os profissionais de saúde adoptem um comportamento aceite socialmente e lhe facilite, o relacionamento com os outros; o que o público em geral e essencialmente os utilizadores dos serviços de saúde espera, é que ele, de facto não fume.

Um balanço final, dos resultados deste estudo sobre as teorias da atribuição de causalidade, é sempre provisório, dado se situar num domínio, onde a pesquisa é tão ampla, e, por vezes, de resultados contraditórios; levando a pensar, nos erros ou desvios que se possam ter cometido e/ou contradições nas aproximações que se tentaram. Mas, um campo de pesquisa activa, é gerador de rupturas permanentes, de renovação constante, como nos tem demonstrado o passado.

Em primeiro lugar, é de salientar o número de teorias que são invocadas pelos investigadores para darem conta dos resultados observados - não existe uma teoria das atribuições de causalidade, mas várias. Em segundo lugar, não se trata de teorias gerais das atribuições, mas teorias parciais - nenhuma teoria toma em conta a totalidade e os mesmos critérios. Elas são concorrentes mas, quando as suas bases são as mesmas é impossível separá-las e quando existem resultados contraditórios, novas pesquisas são necessárias para precisar as condições particulares nas quais uma e outra são válidas.

Fez-se, um percurso de acordo com diferentes teorias, procurando nos resultados, elementos que pudessem, à luz da argumentação científica, "conectar" à teoria considerada.

Contudo, e porque o plano de investigação foi fundamentalmente orientado para uma análise tendente à aproximação do modelo de Kelley, naturalmente que foi dado maior destaque a este modelo.

A complementaridade das análises efectuadas, permitiram que, na globalidade, os resultados e as argumentações produzidas se tornassem mais consistentes.

Reconhece-se que, ao nível da interpretação, se tivéssemos tempo, poderíamos melhorar. Contudo, dada a amplitude do tema as dificuldades decorrentes da falta de um paradigma metodológico, não conseguimos fazer melhor.

Alguma informação foi perdida, por não se situar no âmbito deste estudo, mas, se não fosse o factor tempo, poderiam ser igualmente importantes para a compreensão do acto de fumar nos profissionais de saúde.

O estudo que damos por terminado, não é, naturalmente um fim em si mesmo. Considera-se apenas, um meio pelo qual se realizou aprendizagem e no qual se poderão, encontrar pontos de reflexão e de motivação para o desenvolvimento de estudos futuros.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajzen, I. e Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. (1984). Attitude structure and behavior, IN: Pratkanis, A. R., *Attitude structure and function*, 241 - 269.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Open University Press Milton Keynes, Tony Maustal.
- Anderson, R. C. e Anderson, K. E. (1990). Success and failure attributions in smoking cessation among men and women. *AAOHN-J*, 38 (4) 180-185.
- Arce, C. (1994). *Introducción al análisis estadístico con SPSS/PC+*. Promociones y Publicaciones Universitarias, Barcelona: (PPU) S. A..
- Braun, A. et al (1985). *Social psychology*. New York: Random House, 15 - 16.
- Bryman, A. e Cramer, D. (1992). *Análises de dados em ciências sociais. introdução às técnicas utilizando o SPSS*, Oeiras: Celta Editora.
- Carvalho, J. N. (1993). A medição das atitudes em relação ao álcool e às drogas. IN: Cândido (org.) *Agra, Dizer a droga ouvir as drogas. Estudos teóricos e empíricos para uma ciência do comportamento adictivo*. Porto: Radicário, 133 - 159.
- Carvalho, J. N. N. (1991). *Prevenção do abuso do álcool e drogas nos jovens*. 1ª ed., Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Comissão das Comunidades Europeias (1988). A Europa contra o cancro. Bruxelas: *Jornal Oficial das Comunidades Europeias*, C 50.
- Cordeiro, A. J. A. R. (1988). *Hábitos tabágicos em profissionais de saúde*. 2ª ed., 1, Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo.
- Cutillas, P. R. et al (1987). Tabaquismo: aspectos etiológicos, personalidad y tratamiento. *Rev. Esp. Drogode*, 12 (3), 153 - 165.

**Dagenais, F. e Meleis, A. I.** (1981). Sex-role identity and perception of professional self - IN: Graduates of Three Nursing Programs. *Nursing Research*, 30, 162 - 167.

**Davies, J. B.** (1993). *The Myth of addiction: an application of the psychological theory of attribution to illicit drug use*. 2ª ed., Grait Britan: Harwood Academic publishers.

**Deakins, B.** (1992). Aspectos práticos do processo de deixar de fumar. "Nursing", *Revista Técnica de Enfermagem*, 55, 5, 30 - 31.

**Deakins, B.** (1992). Deixar de fumar. "Nursing", *Revista Técnica de Enfermagem*, 54, 5, 19 - 21.

**Einer, B.** (1986). *An attribution theory of motivation and emotion*. New York: Springer - Verlag.

**Eiser, J. R.** (1980). *Cognitive social psychology*. McGRAW - Hill - UK - Book Company, 93 - 125.

**Eunice, M. L. S. A.** (1995). *Psicologia - introdução aos princípios básicos do comportamento*, Petrópolis, Vozes.

**Ferguson, G. A.** (1984). *Statistical analysis in psychology and education*. 5ª ed., Singapore: McGraw - Hill International Book Company.

**Fielding, J.** (1985). Smoking: health effects and control. *N Engl J Med*, 313, 491 - 498.

**Fishbein, M. et al** (1980). Changing the behaviour of alcoholics: effects of persuasive communication. IN: Ajzen, I. y Fishbein, M.(eds.). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 217-242.

**Försterling, F.** (1994). The functional value of realistic attributions. IN: Hewstone, M. e Stroebe, W. (eds), *European Review of Social Psychology*, 5, New York: John Wiley & Sows.

**Franklin, R. A.** (1992). Smoking. *Nursing Clinics of North America*, 27, 3, 631 - 642.

**Gerardo, P. R.** (1988). *Conduta interpessoal, ensayo de psicologia social sistemática*. 3ª ed. revisada, Salamanca: publicaciones Universidade Pontifica de Salamanca, 269 - 279.

**Gergen, M. M. e Kenneth, J.** (1986). *Social psychology*. 2ª ed., springer verlag, 158 - 187.

**Gewandsznayder, F.** (1989). *O que é o método científico*. Livraria Pioneira Editora, São Paulo: Enio Matheus Grazzelli e CIA. Lda.

**Ghiglione, R. e Matalon, B.** (1992). *O inquérito. Teoria e prática*. 1ª ed., Oeiras: Celta Editora Lda.

**Gil, A. C.** (1988). *Como elaborar um projecto de pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas S.A..

**Giovino, et al** (1993). Trends in cigarette smoking cessation in the united stats. *Tobacco Control an Intenational journal*, 2, s3-s16.

**Golombok, S. e Rust, J.** (1992). *Modern psyvhometrics. The science of psychological assessment*, 2ª ed., New York: Routledge.

**Gordon, P.** (1994). Deixar de fumar. "UPDATE" *Revista de Educação Permanente em Clínica Geral*, 6, 30 - 38.

**Granate, M. C.** (1992). Porque se fuma e porque se deixa de fumar. IN: *Prevenção do Tabagismo*, 9, 1ª ed., Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo.

**Hansen, R. D.** (1980). Commonsense attribution. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 996 - 1009.

**Herranz, R. e Boal M** (1986). La conducta de fumar - uma conducta de metaidentidad. *Revista de Analisis Transaccional y Psicologia Humanista*, A.E.S.P.A.T., 13, 304 - 308.

**Hewstone, M.** (1992). *La atribución causal - del processo cognitivo a las creencias colectivas*. 1ª ed., Barcelona: Paridós.

**Hewstone, M. e Jaspars, J. M. F. (1984).** Social dimensions of attribution. IN: Tayfel, H.. *The social dimension*, 379 - 399.

**Hilton, D. J. et al (1995).** Processes of causal explanations and dispositional attribution. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 3, 377 - 387.

**Huici, C. e Moya M. (1994).** Processos de inferência y estereotipos. IN: MORALES, J.F. et al. *Psicologia social*. Madrid: McGRAW - Hill/interamericana de Espanha, S. A., 272 - 322.

**Hunghes, T. L. (1989).** Models and perspectives of addiction. Implications for treatment. IN: Zerwekh, J. (org). *The Nursing Clinics of North America*, 24, 1, 11.

**Hunt, W. A. et al (1971).** Relapse rates in addiction programs. *J. of Clinical Psychology*, 27, 455 - 456.

**Iglesias, E. B. (1993).** La utilidad de la teoria de la acción razonada en la predicción de la abstinencia en el tratamiento de fumadores. *Rev. Esp. Drogodep*, 18 (1), 3 - 14.

**Jaffe, J. H. e Kanzler, M. (1979).** *Smoking as an addictive disorder*. Research Monograph, 23 National Institute on Drug Abuse, U.S. Public Health Service, Maryland.

**Jarvis, M. (1984).** Gender and smoking: do women really find it harder to give up?. *British Journal of Addiction*, 79, 383 - 387.

**Jaspars, J. e Hewstone, M. (1988).** Implicit and explit consensus as determinants of causal attribution: Two Experimental Investigations. *European Journal of Social Psychology*, 18, 93 - 98.

**Jenks J. R. (1993).** Attitude and perception toward smoking: Smokers views himself and another smokers. *The Journal of Social Psychology*. New Albany: University Southeast.

**Jones, E. E. et al (1987).** *Attribution: perceiving the causes of behaviour*. 4ª ed. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

**Joossens, L. et al (1994).** *Tabaco e saúde na união europeia*. Uma síntese., ed. Portuguesa, Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo.



- Kanouse, D. E.** (1987). Language, labelling, and attribution. IN: Jones, E. E. et al (eds). *Attribution: perceiving the causes of behaviour*, 4ªed. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 121-136.
- Kelley, H. H.** (1987). Attribution in social interaction. IN: Jones, E. E. et al (eds). *Attribution: perceiving the causes of behaviour*, London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1-24.
- Kelley, H. H.** (1987). Causal schemata and the attribution process. IN: Jones, E. E. et al (eds). *Attribution: perceiving the causes of behaviour*, London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 151 173.
- Kelly, B.** (1992). The professional self - concepts of nursing undergraduates and their perceptions of influential forces. *Journal of Nursing Education*, 31 (3), 121 - 125.
- Kelley, H. H. e Michela J. L.** (1980). Attribution theory and research. *Annual Review of Psychology*, 31, 457 - 503.
- Kirscht, J. P. et al** (1989). Psychosocial predictors in change in cigarette smoking. *Jour, of Aplied Soc. Psych*, 19, 4, 298 - 308.
- Kline, P.** (1993). The handbook of psychological testing. New York: ROUTLEDGE,
- Kozlowski, L. T.** (1990). Self-report issues in cigarette smoking: state of the act and future directions. *Behavioural Assessment*, 12, 53 - 75.
- Lakatos, E. M. e Marconi, M. A.** (1989). *Metodologia do trabalho científico*, 2ª ed., S. Paulo: Editora Atlas S. A.
- Lakatos, E. M. e Marconi, M. A.** (1990). *Técnicas de pesquisa*. 2ª ed., S. Paulo: Editora Atlas S. A.
- Laegstuderendes, R.** (1991). Smoking habits among medical students. *Ugeskr - Laeger*, 22, 153 (17), 1207 - 1210.
- Leyens, J. P.** (1979). *Psicologia social*. Bruxelas: ed. 70 - Persona, 143-174.

**Leyens, J. P.** (1985). *Teorias da personalidade na dinâmica social*. Lisboa: Biblioteca Verbo de Psicologia e Ciências Humanas, 67-89.

**Llivina, T. S.** (1986). Función de los profesionales de la salud en la reducción de la actual prevalencia de tabaquismo en España. *Comunidad y Drogas*, 2, 23 - 39.

**Maruyama, G.** (1982). How should attributions be measured? A reanalysis of data, IN: Elib e Frieze. *American Educational Research Journal*, 19, 552 - 558.

**Marsh, A. e Matheson, J.** (1983). *Smoking behaviour and attitudes*. London: Office of Population Censuses and Surveys Social Survey Division HMSO.

**Martin - DS** (1990). Physical dependence and attributions of addiction among cigarette smokers; *Addict - Behaviours*, 15(1). N.S.W. Australia: Department of Psychology, University of New England, Armide, 69-72.

**McClure, J.** (1984). On necessity and commonsense: a discussion of central axioms in new approaches to lay explanation. *European Journal of Social Psychology*, 14, 123 - 149.

**McConnell, V. J.** (1978). *Psicologia*. Rio de Janeiro: 2ª ed. Interamericana, 577 - 580.

**Mennies, J. H.** (1983). Smoking - the physiologic effects. *American Journal of Nursing*, 1143 - 1146.

**Miller, A. B.** (1991). Epidemiology, prevention and prognostic factors in lung cancer. *Curr Opin Oncol*, 3, 282 - 287.

**Miller, W. R.** (1983). *The addictive behaviours treatment of alcoholism, drug abuse, Smoking and obesity*. New York: Pergamon Press.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE** (1995). *Plano oncológico nacional*. Lisboa: Conselho Nacional de Oncologia.

**Montmollin, G.** (1990). Le changement d' attitude. IN: Baron, R. M.; Graziano, W. G. (eds). *Social Psychology*, 2ª ed. Holt, New York: Rinehart, & Winston, In Press.

**Montse, G. et al** (1987). Tabagismo: aspectos etiológicos, personalidad y tratamiento. *Rev. Esp. Drogade*, 12 (3), 153 - 165.

**Morales, J. F.** (1994). Processos de atribucion. IN: Morales, J. F. et al. *Psicologia Social*. Madrid: McGRAW - Hill/interamericana de Espanha, S. A., 240 - 268.

**Morales, J. F et al** (1994). Atitudes. IN: Morales, J. F. et al. *Psicologia social*. Madrid: McGRAW - Hill/interamericana de Espanha, S. A., 496 - 523.

**Muechielli, R.** (1988). *L'analyse de contenu des documents et des communications*. 6ª ed., Paris: Les Editions ESF - Entreprise Moderne D'édition - Librairies Techniques.

**Nisbett, R. E. e Valins, S.** (1987). Perceiving the causes of one's own behaviour. IN: Jones, E. E. et al (eds). *Attribution: perceiving the causes of behaviour*, 4ª ed. London: Lawrence Erlbaun Associates, Publishers, 63-78.

**Norris, A.** (1994). Abandonar o hábito de fumar. "*Nursing*", *Revista Técnica de Enfermagem*, 73, 7, 19 - 21.

**Ochoa, G. M. e Vazquez, S. B.** (1990). Evoluacion de la informacion y actitudes hacia el tabaco en profesionales de la salud y de la doencia de la comunidad valenciana. IN: Martin, E. (Coord). *Drogodependencias II Congresso del Colegio Oficial de Psicólogos - Comunicaciones*. Área 4: Psicologia y Servicios Sociales, 34-39.

**O.M.S.** (1974). *Consecuencias del tabaco para la salud*. Ginebra: Informe Técnico nº 568.

**O.M.S.** (1979). *Lucha contra el tabaquismo epidémico*. Ginebra: Informe Técnico nº 636.

**O.M.S.** (1984). Actitudes y conductas sobre el hábito de fumar de los profesionales sanitarios. *Rev. San. Hig. Pub.*, 59, 203 - 212.

**O.M.S.** (1985). Programa de la OMS sobre tabaco e salud. *Informe del Director General*, 15.

**O.M.S.** (1995). " Le tabac, c'est plus cher qu'on croit". *Tabac*, número special, Cahier de conseil.

**Páez, D. et al (1994).** Cognición social. IN: Morales, J. F. et al. *Psicología social*, Madrid: McGRAW - Hill/interamericana de Espanha, S. A., 124 - 235.

**Page, M. J. (1993).** *Elementos de psicometria*. 1ª ed., Madrid: Endema.

**Parker, D. e Manstead, A. S. R. (1994).** Evaluating and extending the theory of planned behaviour. IN: Hewstone, M. e Stroebe, W. (eds). *European Review of Social Psychology*, 6, New York: John Wiley & Sons.

**Polit, D. F. e Hungler, B. (1987).** *Investigación científica en ciencias de la salud*. 2ª ed., Mexico: Interamericana, 419 - 432.

**Polysos et al (1995).** The smoking - cessation promotion practices of physician smokers in greece. IN: *Journal of Cancer Education*, 10, 2, Philadelphia, Pennsylvania: Hanley e Belfus, INC.

**Quivy, R. (1992).** *Manual de investigação em ciências sociais*. 1ª ed., Rio de Janeiro: Gravidia - Publicações, Lda.

**Riley, E. A. (1991).** Eating disorders as addictive behaviour. Integrating 12 step programs into treatment planning. IN: Abraham, I. L. and others (org) *The Nursing Clinics of North America*, 26, 3, Cidade Editorial, 715 - 726

**Rodin, J. e Jenis, L. (1982).** *The social influence of physicians and other health care practitioners as agents of change*. Interpersonal Issues Health Care, New York: Académic Press, 33 - 49.

**Rodrigues, A. (1991).** *Psicologia social*. 13ª ed., Petrópolis, Vozes, 11 - 462.

**Russell, M. A. H. (1971).** Cigarette dependence: doctor's role in management. *British Medical Journal*, 2, 575, 393 - 395.

**Russell, M. A. H. e Cols (1974).** El hábito de fumar y su clasificación. *The Practitioner*, 9, 109, 23 - 32.

**Russell, M. A. H. et al (1979).** Effect of general prationers' advice against smoking. *British Medical Journal*, 2, 231 - 235.

- Sá, A. B. et al (1994). Hábitos e atitudes dos médicos de família portugueses em relação ao tabaco. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 11, 3.
- Schwartz, J. L. (1992). Methods of smoking cessation. *Med Clin North Am*, 76, 451 - 476.
- Serra, A. V. (1988). Atribuição e auto-conceito. *Psychologica*, 1, 127 - 141.
- Shiffman, S. (1993). Assessing smoking patterns and motions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, American Psychological Association - inc., 61, 5.
- Siegel, S. (1975). *Estatística não-paramétrica para as ciências dos comportamentos*. S. Paulo: Editora McGraw - Hill do Brasil Lda..
- Stephens, T. et al (1989). *Smoking behaviours and attitudes in the workplace*. 4, 2, 245 - 249.
- Surgeron G. (1988). *The health consequences of smoking. Nicotine addiction*. MD: U.S. Department of Health and Human Services, Rockville.
- Swenson, I. e Dalton, J. (1983). Nurse's the professionals who can't quit. *American Journal of Nursing*, 1149 - 1151.
- Tipton, M. T. e Riebsame, W. E. (1987). Beliefs about smoking and health: their measurement and relationship to smoking behaviour. *Addictive Behaviours*, 12, 217 - 223.
- Turner, J. C. (1994). El campo de la psicologia social. IN: Morales, J. F. et al.; *Psicologia Social*, Madrid: MCGRAW - Hill\interamericana de Espanha, S. A., 3 - 21
- UICC, (1993). Tobacco and cancer programme international union against cancer, Geneva.
- Varela, A. S. (1993). Bases científicas para la prevención del cáncer de pulmón. *Neoplasia*, 10 (6). Nov-Dic, 207 - 210.
- Varela, A. S. et al (1981). Tabaco y cáncer. *Rev Clin Esp*, 161, 173 - 176.

**Vazquez, S. B. et al** (1990). Evaluación de la información y actitudes hacia el tabaco en profesionales de la salud y de la doencia de la comunidad valenciana. IN: **Martin, E.** (coord). *Drogodependencias II Congresso del Colégio Oficial de Psicólogos - Comunicaciones*. Área 4: Psicología y Servicios Sociales, 34 - 39.

**Voss, T.** (1992). *Smoking of comun sense. One doctor's view*, London: Peter Owen.

**Vuori, H.** (1991). IN: **Zurro, A.M. e Pérez, J.F.C.** *Manual de cuidados de saúde primários I*. 1ªed. Lisboa: Farmapress ed. Lda..

**Weiner B.** (1985). "Spontaneous" causalthinking. *Psychological Bulletin*, 97, 74-84.

**Weiner, B. et al** (1987). Perceiving the causes of success and failure. IN: **Jones, E. E. et al** (eds). *Attribution: perceiving the causes of behaviour*. London: Lawrence Erlbaun Associates, Publishers 95-.

**Who, Regional Publications** (1988). *European conference on tobacco policy. It can be done: a smoke-free Europe: Report of the first European Conference on Tobacco Policy*, Madrid, Copenhagen: European Series: 30, 7 - 11.

**Zurro, A. M. e Perez, J. F. C.** (1991). *Manual de cuidados primários II*. 1ª ed., Lisboa: Farmapress ed. Lda..

## ANEXOS

## Nota Introdutória

Este questionário destina-se a recolher informação para um estudo sobre o comportamento de fumar nos profissionais de saúde. Enquadra-se num projecto de investigação a realizar no âmbito do Curso de Mestrado em Ciências da Educação - Formação e Desenvolvimento para a Saúde, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Por favor responda a cada questão com o máximo de rigor e objectividade; só deste modo os resultados serão úteis.

As respostas são confidenciais e anónimas. Não escreva o seu nome em qualquer local deste questionário.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração.

*Em cada uma das questões formuladas, coloque uma cruz (X) no quadrado que corresponde à sua situação.*

### GRUPO A - DADOS DEMOGRÁFICOS

1 - Idade:   anos

2 - Sexo:

Masculino ..... ☐

Feminino ..... ☐

3 - Estado Civil:

Solteiro(a) ..... ☐

Casado(a) (ou vivendo conjugalmente) ..... ☐

Separado/Divorciado(a) ..... ☐

Viúvo(a) ..... ☐

4 - Profissão:

Médico(a) ..... ☐

Enfermeiro(a) ..... ☐



## GRUPO B - HÁBITO DE FUMAR

### 1 - Situação neste momento:

- Fumador(a) ..... ☐ (Passar à pergunta seguinte)  
Ex-fumador(a) ..... ☐ (Passar ao grupo C - pág. 5)  
Não-fumador(a) ..... ☐ (Passar à parte II - pág. 6)

### 2 - Qual o número de cigarros que fuma por dia?

- 1 a 10 cigarros ..... ☐  
11 a 20 cigarros ..... ☐  
1 a 2 maços ..... ☐  
> de 2 maços ..... ☐

### 3 - Há quanto tempo fuma?

- < 5 anos ..... ☐  
5 - 10 anos ..... ☐  
11 a 15 anos ..... ☐  
16 a 20 anos ..... ☐  
> 20 anos ..... ☐

### 4 - Como fuma habitualmente?

- Vício de boca ..... ☐  
Inalação profunda (trava) ..... ☐  
Sem retirar o cigarro da boca ..... ☐

### 5 - Que tipo de tabaco habitualmente fuma?

- Cigarro de fabrico industrial ..... ☐  
Charuto ..... ☐  
Cigarro de mortalha ..... ☐  
Cachimbo ..... ☐

### 6 - Que marca de cigarros habitualmente fuma? \_\_\_\_\_

### 7 - Em sua opinião qual será o seu comportamento, daqui a cinco anos em relação ao tabaco?

- Sem dúvida que continuarei a fumar diariamente ..... ☐  
Provavelmente continuarei a fumar ..... ☐  
Com certeza que não fumarei ..... ☐

**8 - Preocupa-se com os efeitos nocivos que o tabaco, possa ter na sua saúde?**

Muito ..... ☐  
Bastante ..... ☐  
Pouco ..... ☐  
Nada ..... ☐

**9 - Preocupa-se com os efeitos nocivos que o tabaco possa ter na saúde dos não fumadores, que permanecem junto dos fumadores?**

Muito ..... ☐  
Bastante ..... ☐  
Pouco ..... ☐  
Nada ..... ☐

**10 - Fuma no seu local de trabalho?**

Sim ..... ☐  
Não ..... ☐

**11 - Fuma junto do doente?**

Sim ..... ☐  
Não ..... ☐

**Se Não, porquê?**

.....  
.....  
.....

**12 - Já alguma vez tentou deixar de fumar?**

Sim ..... ☐

Não ..... ☐ (Passar à parte II, pág. 6)

**SE SIM:**

**12 . a) - Qual ou quais os motivos que o/a levaram a tentar deixar de fumar?**

.....  
.....  
.....

**12 . b) - Número de vezes que experimentou abandonar o consumo de tabaco.**

vezes

12 . c) - Tempo de fumador até ao momento em que experimentou deixar de fumar pela 1ª vez.

anos  meses

12 . d) - Há quanto tempo fuma desde a última vez que experimentou abandonar o consumo de tabaco?

anos  meses

**GRUPO C - EX-FUMADORES** (*apenas para as pessoas que já foram fumadoras mas neste momento não são*)

1 - Durante quanto tempo fumou?

anos

2 - Há quanto tempo deixou de fumar?

anos  meses

3 - Motivos que o(a) levaram a deixar de fumar.

---

---

---

---

## Anexo II

### Instruções:

O acto de fumar prevalece na sociedade por motivos de ordem diversa. As afirmações das páginas seguintes dizem respeito a alguns desses motivos. As pessoas podem ter diferente opinião acerca de cada uma delas. Tratando-se de opiniões as respostas não podem ser consideradas certas ou erradas; sendo por isso importante que a sua opinião exprima realmente o seu grau de concordância/discordância sobre cada uma das afirmações.

Exemplo:	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
<i>Fumar ajuda a passar o tempo</i>	<input checked="" type="radio"/> NC	CP	CMo	CMu	CMs

Se eventualmente ocorrer algum engano, passe uma cruz no ítem assinalado ~~NC~~ e circule o pretendido.

Por favor assinale todas as afirmações.



### Chave

NC - não concordo					
CP - concordo pouco					
CMo - conc. moderadamente					
CMu - concordo muito					
CMs - concordo muitíssimo					
1 - Fumar ajuda a passar o tempo.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
2 - Fumar é uma forma de interromper a rotina no trabalho.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
3 - O acto de fumar serve, por vezes, de tranquilizante em situações conflituosas.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
5 - O consumo de tabaco ajuda a gastar a energia acumulada no organismo.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
6 - O acto de fumar ajuda a saborear momentos de sucesso profissional.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
8 - Fumar facilita o relacionamento com os outros.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
9 - Fumar, por vezes é uma necessidade fisiológica.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
10 - Fumar, raramente, dá prazer.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
11 - O acto de fumar ajuda a aguentar o stress provocado pelo ambiente de trabalho.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
12 - Fumar ajuda a marcar presença em actos sociais.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
13 - O acto de fumar ajuda a responder às solicitações da vida diária.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
14 - Fumar é uma forma lúdica de ocupar o tempo.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
16 - O cigarro por vezes estimula a actividade profissional.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
19 - O acto de fumar diminui o poder de concentração.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
20 - O acto de fumar está muitas vezes associado à realização de certas actividades de vida diária.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
23 - Fumar ajuda a promover a adaptação a situações novas.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
24 - Fumar é um sinal de fraqueza pessoal.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
25 - Fumar é uma maneira de combater a solidão.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
27 - Fumar por vezes é uma forma de controlar o peso.	NC	CP	CMo	CMu	CMs

28 - O acto de fumar torna as pessoas mais irritáveis em momentos de stress.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
30 - Fumar é um acto de irresponsabilidade profissional.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
33 - Fumar dificulta o desempenho das actividades profissionais.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
34 - O acto de fumar ajuda a promover sentimentos de bem-estar.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
36 - Fumar ajuda a promover a segurança pessoal.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
37 - O acto de fumar ajuda a aumentar a capacidade de decisão no trabalho					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
38 - O acto de fumar diminui a vontade pessoal.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
39 - O acto de fumar ajuda, por vezes, a enfrentar situações de amargura na actividade profissional.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
43 - Fumar ajuda a manter a auto-imagem.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
44 - O tabaco serve, por vezes, de estimulante.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
45 - Fumar por vezes ajuda a combater a fadiga.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
46 - Fumar ajuda a resolver problemas profissionais.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
50 - O acto de fumar dificulta o relacionamento entre as pessoas.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
54 - O consumo de tabaco, por vezes, ajuda a manter o equilíbrio do organismo.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs

**Instruções:**

O acto de fumar prevalece na sociedade por motivos de ordem diversa. As afirmações das páginas seguintes dizem respeito a alguns desses motivos. As pessoas podem ter diferente opinião acerca de cada uma delas. Tratando-se de opiniões as respostas não podem ser consideradas certas ou erradas; sendo por isso importante que a sua opinião exprima realmente o seu grau de concordância/discordância sobre cada uma das afirmações.

<b>Exemplo:</b>	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
<i>Fumar ajuda a passar o tempo</i>	<input checked="" type="radio"/> NC	CP	CMo	CMu	CMs

Se eventualmente ocorrer algum engano, passe uma cruz no ítem assinalado ☒ e circule o pretendido.

**Por favor assinale todas as afirmações.**

# Chave

Chave					
NC - não concordo					
CP - concordo pouco					
CMo - conc. moderadamente					
CMu - concordo muito					
CMs - concordo muitíssimo					
1 - Fumar ajuda a passar o tempo.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
2 - Fumar é uma forma de interromper a rotina no trabalho.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
3 - O acto de fumar serve, por vezes, de tranquilizante em situações conflituosas.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
4 - Fumar, raramente é uma forma de recompensa pessoal.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
5 - O consumo de tabaco ajuda a gastar a energia acumulada no organismo.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
6 - O acto de fumar ajuda a saborear momentos de sucesso profissional.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
7 - As pessoas que fumam consideram que os problemas de saúde só acontecem aos outros.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
8 - Fumar facilita o relacionamento com os outros.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
9 - Fumar, por vezes é uma necessidade fisiológica.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
10 - Fumar, raramente, dá prazer.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
11 - O acto de fumar ajuda a aguentar o stress provocado pelo ambiente de trabalho.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
12 - Fumar ajuda a marcar presença em actos sociais.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
13 - O acto de fumar ajuda a responder às solicitações da vida diária.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
14 - Fumar é uma forma lúdica de ocupar o tempo.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
15 - O acto de fumar pode dificultar o relacionamento entre os elementos da equipa de trabalho.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
16 - O cigarro por vezes estimula a actividade profissional.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
17 - Fumar é um acto involuntário.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
18 - O acto de fumar é uma escolha racional.	NC	CP	CMo	CMu	CMs
19 - O acto de fumar diminui o poder de concentração.	NC	CP	CMo	CMu	CMs



20 - O acto de fumar está muitas vezes associado à realização de certas actividades de vida diária.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
21 - Fumar não promove sentimentos de intimidade com os outros.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
22 - Os consumidores de tabaco normalmente não respeitam os locais de proibição de fumar.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
23 - Fumar ajuda a promover a adaptação a situações novas.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
24 - Fumar é um sinal de fraqueza pessoal.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
25 - Fumar é uma maneira de combater a solidão.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
26 - Fumar raramente prejudica a saúde quando o cigarro tem um baixo valor de nicotina e alcatrão .					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
27 - Fumar por vezes é uma forma de controlar o peso.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
28 - O acto de fumar torna as pessoas mais irritáveis em momentos de stress.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
29 - As pessoas que fumam, normalmente, acham que é difícil abandonar o consumo de tabaco.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
30 - Fumar é um acto de irresponsabilidade profissional.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
31 - As pessoas que fumam, normalmente, receiam os sintomas resultantes da privação do tabaco.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
32 - As proibições sobre o acto de fumar não impressionam a maioria dos consumidores.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
33 - Fumar dificulta o desempenho das actividades profissionais.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
34 - O acto de fumar ajuda a promover sentimentos de bem-estar.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
35 - As pessoas que fumam tendem a adoptar comportamentos compensatórios para minimizar os efeitos do tabaco na saúde.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
36 - Fumar ajuda a promover a segurança pessoal.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
37 - O acto de fumar ajuda a aumentar a capacidade de decisão no trabalho					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
38 - O acto de fumar diminui a vontade pessoal.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs

39 - O acto de fumar ajuda, por vezes, a enfrentar situações de amargura na actividade profissional.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
40 - O acto de fumar tende a manter-se se o indivíduo ainda não teve um problema grave de saúde.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
41 - Fuma-se em determinados locais, porque ainda que seja proibido, o fumador não é punido.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
42 - Os benefícios do tabaco raramente compensam os danos na saúde do indivíduo fumador.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
43 - Fumar ajuda a manter a auto-imagem.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
44 - O tabaco serve, por vezes, de estimulante.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
45 - Fumar por vezes ajuda a combater a fadiga.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
46 - Fumar ajuda a resolver problemas profissionais.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
47 - O fumador, normalmente, acredita que identificará a tempo os problemas de saúde que possam estar relacionados com o consumo de tabaco.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
48 - A manutenção do consumo de tabaco é menos prejudicial para a saúde do que deixar de fumar.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
49 - Os benefícios da abstinência do consumo do tabaco normalmente não são valorizados pelos indivíduos que fumam.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
50 - O acto de fumar dificulta o relacionamento entre as pessoas.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
51 - Fumar ajuda a promover o sucesso pessoal.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
52 - O acto de fumar, raramente, favorece as relações familiares.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
53 - As pessoas que fumam, por vezes, mantêm a esperança que o tabaco não lhes prejudique a saúde.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs
54 - O consumo de tabaco, por vezes, ajuda a manter o equilíbrio do organismo.					
	NC	CP	CMo	CMu	CMs

## RESUMO DA ANÁLISE DO RESULTADO DAS ENTREVISTAS

## Anexo IV

<b>Categorias</b>	<b>Ent.</b>	<b>Indicadores</b>
Mecanismos de Adaptação ao trabalho	3.d	"... uma estratégia de adaptação e identificação em ambientes de convívio..."
	3.g	"... aqueles que se relacionam com o ambiente de trabalho..."
	2.e	"É um contrapor à ansiedade que advém das atitudes repetitivas de um trabalho de rotina. O stress laboral..."
	7.f	"... parece existir uma certa associação de trabalho e tabaco..."
	10.c	"... situações ligadas ao trabalho como por exemplo no trabalho nocturno em que se acende um cigarro para não estar só ou por uma questão de camaradagem com o colega da noite..."
	10.e	"... pretexto para um repouso no trabalho..."
	8.g	"... o tabaco ajuda-me a ter o auto-controlo relativamente a actividades profissionais, mas não consigo fazer o control sobre o tabaco..."
Prazer/Satisfação	2.b	"... erotismo pulmonar... apreciar do aroma, fazer desenhos com o fumo, a forma de segurar o cigarro..."
	2.d	"...fuma-se por prazer, após um sucesso, um esforço vencido, festas, após uma refeição ou no decurso proveitoso de uma jornada de trabalho."
	3.e	"... uma estratégia de adaptação e identificação em ambientes de convívio, uma forma de recompensa pessoal após processos de negociação intrapessoais. ... faz parte de um estilo de vida, de um prazer pessoal ( gostar do paladar ou do cheiro) ou até uma forma de catarse."
	6.a	"... eu gosto de fumar. Óbviamente isto satisfaz algumas das minhas necessidades psicológicas ...
	2.j	"... suplementa satisfações, na verdade dá prazer..."
	7.j	"... sinto alguma satisfação quando fumo porque aquilo que eu acabo por sentir é o estímulo nomeadamente uma necessidade de fumar."
	8.e	"Fumar dá-me prazer e durante o dia passo várias fases, tenho a consciência disso ..."

Consequências negativas	9.1	“... eu gosto do cheiro da nicotina, está aliado também a isso, quem estuda e quem tem a noção do reflexo condicionado, acho que o tabaco é estritamente um estímulo condicionado, pelo cheiro, pelo acto.”
	1.m	“... quando vejo uma pessoa que tem graves problemas de saúde e que podem ter sido causados pelo uso do tabaco, sinto bastante mal e penso que pode ser também uma séria candidata a ficar como esse individuo mas ao mesmo tempo há uma recusa a parar de fumar pois acho que nem lá poderei chegar a não precisar de parar de fumar.”
	1.1	“... quando vejo um artigo tanto com factos velhos como novos, que fala das causas do consumo de tabaco não os lei-o e simplesmente os ignoro...”
	9.o	“Se houver um comportamento punitivo, eu para além de ter a noção que os comportamentos tabágicos não me fazem mal, há qualquer coisa que vem do exterior, que faz avivar a minha representação dos efeitos maléficos do tabaco...”
	7.a	“... tenho à partida os conhecimentos necessários sobre os efeitos nocivos do tabaco, embora pense sempre que essas situações nunca nos acontecem a nós, ...”
	8.m	“Esse susto pode vir de uma imagem pulmonar suspeita de uma coisa qualquer, como pode vir de um otorrino dizer-me que tenho uma garganta que se calhar qualquer dia tenho um cancro por causa do tabaco, isso é suficiente para tomar uma decisão, mas se preciso de uma situação dessas para tomar uma decisão, por outro lado apresento uma situação de cobardia por estar à espera de uma decisão dessas, por um motivo desses ou de esperança que não me aconteça nada...”
	7.c	“... se for a casa de alguém ou porque não conheça ou não tenha intimidade para poder fazer esse tipo de abordagem ou até porque sei que as pessoas não gostam, quem diz isso diz por exemplo entrar dentro de um carro de uma pessoa que não gosta que fumem dentro do carro, consegue-se perfeitamente controlar essa situação.”
	7.g	“Se não houver qualquer impedimento quer seja ele social ou de espaço físico e se me sinto perfeitamente à vontade sem qualquer impedimento para fumar, provavelmente é nessas alturas que fumo mais, mas se sentir alguma limitação eu consigo nesses períodos ter um certo controlo e domínio sobre a situação.”
	8.o	“Todas as vezes que tentei deixar de fumar aconteceram-me

Relacionamento Interpessoal		sistematicamente 2 ou 3 coisas, passei a andar muito mais irritado, passei a ter muito mais dificuldade de me concentrar, passei a ter muito mais fome e passei a engordar muito mais. Por outro lado, passei a dormir muito mais pesadamente, com o continuar a fumar consegui fazer uma actividade diária de 18 horas a dormir 4 ou 5 horas compensando ao fim de semana, ...”
	2.a	“Com efeito o acto de fumar está implícito a uma atitude de convívio ou mesmo de descompressão. A oferta de um cigarro a alguém assume-se como o quebrar da distância ante um estranho, ou o conseguir uma aproximação...”
	3.b	“...pode ser um meio de suporte no relacionamento com os outros, factor promotor de adaptação ao meio etc.”
	5.i	“Por imitação - fuma-se porque no grupo se fuma.”
	7.b	“... porque a minha mulher também é fumadora, portanto é uma forma paralela de ocupar o tempo...”
	1.a	“Desde essa altura a pouco e pouco especialmente desde os últimos anos fumo por motivos sociais não estando independente das razões sociais ...”
	1.d	“Este recomeço deu-se por dois motivos: o primeiro foi pelo contágio do marido (vendo o marido a fumar fez-me crescer a vontade de fumar)...”
	10.d	“...tal como a mim me ajudaram a deixar de fumar, do mesmo modo admito que se, por exemplo, um dos cônjuges fumar, possa incentivar o outro a fazê-lo ou se ambos fumam nem sequer se questionam sobre o possível abandono do tabaco...”
	3.c	“Na certeza porém que há aspectos ligados à própria pessoa, pode fazer parte de estereótipo de apresentação,...”
	3.a	“... usam o cigarro como um companheiro (por exemplo no turno da noite)...”
Resolução de Problemas Pessoais	4.c	“... o cigarro funciona como uma bengala um suporte para os momentos de solidão durante os turnos nocturnos.”
	5.h	“... e substitui aquela companhia que se queria e porque não se tem, ...”
	2.1	“... o cigarro, o eterno companheiro ...”

Tranquilizante	5.l	“... por solidão, o cigarro muitas vezes é ao mesmo tempo sedativo...”
	7.d	“O tabaco é capaz de ser um companheiro, nunca reflecti muito nesse aspecto mas sinto que é nesses momentos que acabo por fumar mais...”
	9.e	“... fumadora inveterada porque nesta situação efectivamente chama-me imenso o tabaco, por exemplo adoro estudar à noite e posso fumar imenso à noite e não fumar nada durante a manhã e durante a tarde.”
	10.b	“... o cigarro possa fornecer estímulos agradáveis, momentos de bem-estar... psicológico.”
	1.e	“... passei um periodo muito difícil, passei por várias dificuldades enquanto mãe ... sentia um stress muito grande, sentia-me no limiar das capacidades físicas e psicológicas.”
	1.c	“... são as alturas em que relaxo ...”
	2.e	“É um contrapor à ansiedade que advém das atitudes repetitivas de um trabalho de rotina.”
	2.f	“Surge o cigarro, o alhear, o descomprimir de um mau momento. Por vezes o sabor da vitória. Por vezes a amargura da derrota, na perda de uma vida.”
	4.a	“Será que se mantêm os mitos e as crenças ligadas ao tabaco, que acalma, dá confiança ajuda a estudar, etc., etc.”
	4.b	“Ou será que estes são vitimas destas profissões de stress, de momentos de ansiedade intensa, momentos em que tem que saber lidar com as suas próprias emoções, saber decidir em momentos difíceis, muitas vezes sózinhos, e encontrar posteriormente escapa nesta solução barata.”
	5.b	“Por razões compulsivas . É tido que fumar relaxa, de facto qualquer fumador relata o alívio de um estado de tensão com o fumar de um cigarro.”
	1.f	“... só o inspirar e expirar profundamente fazem-me sentir bem não sendo esse bem estar uma acção fisiológica do tabaco mas sim psicológica”.
	1.g	“... nessa altura precisava de um tranquilizante e o tabaco funcionava como tal, ainda agora funciona.”

Efeitos Adictivos	1.h	“Quando me sinto stressada penso logo em fumar um cigarro, depois sinto-me mais tranquila.”
	8.i	“... não há dúvida nenhuma, de que, ou tomo um antiveriginoso que de uma certa maneira também dá uma sonolência ou vou buscar a compensação ao tabaco e portanto fumo mais.”
	9.c	“... ligado a situações ansiogénicas, está aliado a situações de emergência e de ansiedade, que efectivamente eu recordo...”
	9.m	“Eu quando deixar de fumar quero andar sempre com cigarros na mão, pode me apetecer, quero ser uma mulher livre, pode me dar um apetite qualquer. Eu comecei à bocado por dizer que o tabaco está muito ligado com a chupeta, a chupeta é um tranquilizante para o bebé, eu forcei a chupeta à minha filha, ela não queria mas eu forcei até ela a aceitar, recordo-me que as minhas primeiras experiências de tabaco, não foram boas, mas concerteza que depois o tabaco está ligado a qualquer experiência também associado a um estímulo positivo...”
	7.I	“Eu penso que nos momentos de maior stress acabo por fumar muito mais do que noutras situações.”
	9.m	“Concerteza que isto tem um mecanismo muito compensatório, porque a pessoa sente-se insegura e fuma, se a pessoa racionalizar, se afectivamente estiver apaziguado e segura sem ansiedade ou se conseguir compensar a ansiedade por outras vias que não o tabaco, racionalizar desta maneira, concerteza se eu às vezes meter uma pastilha na boca não fumo, está ligado com a oralidade. No fim das refeições eu não quero meter uma pastilha na boca quero é um cigarro.”
	1.b	“... dependência à nicotina...”
	5.d	“... é algo idêntico a outras drogas são de algum modo toxicodependentes.”
	4.e	“...dependência psíquica .... e posteriormente física vai surgindo devido à nicotina e depois tudo será mais difícil.”
	5.g	“... o cigarro funciona como meio de homeostasia.”
	4.g	“... dependência psíquica e posteriormente física...”
	5.f	“... porque não consegue força de vontade para deixar de fumar.”
	7.h	“... se tivesse a força necessária se calhar era capaz de conseguir deixar de fumar...”

	9.h	“... controla-se mais fisicamente esta dependência do que até psicologicamente, é evidente que está mais dependente de mim, se eu quiser, apesar de fisicamente sentir necessidade de fumar, meto uma pastilha na boca, etc se eu psicologicamente quiser deixar de fumar, portanto acho que a dependência é mais psicológica do que é física, não tenho as mínimas dúvidas disso, até porque o organismo ressurte-se nos primeiros tempos mas acredito que deixe de se ressurte passado uns tempos pois volta ao seu estado.”
	10.a	“Deixar de fumar passa pela vontade de cada um em querer fazê-lo.”
	8.a	“... onde se habituaram a ir buscar ao cigarro o poder de concentração, de isolamento, de melhor rentabilidade e ainda hoje sinto isso, por isso, me considero quase como um drogado de droga dura que se calhar gostava de ser um sonhador, mas só vai buscar sonhos quando está drogado...”
	9.g	“... o cigarro é um excitante em termos químicos, essa é a noção que eu tenho, se tu efectivamente fumares um cigarro, ou se fumares mais à noite concertiza tens mais dificuldades em adormecer, eu tenho a noção farmacológica dos danos que o cigarro provoca, agora efectivamente a pessoa quando utiliza o cigarro numa situação ansiogénica, o produto pode excitar mas o acto apazigua, há aqui uma grande diferença, é quase paradoxal, tu quando puxas um cigarro para fumar porque estás nervoso, concertiza de que é no sentido de te apaziguares, porque isto no fundo é uma bengala tão grande como é a chupeta para as crianças, eu pelo menos vejo um bocado assim, são comportamentos adictivos que o ser humano procura.”
	6.b	“É evidente que eu identifico que isso são recusas e que eu tenho comportamentos contraditórios, por exemplo evito algumas comidas e tento fazer exercício físico.”
	8.d	“... sempre tentei melhorar a capacidade respiratória, fazendo desporto, ginástica, e compensando-a com um bom volume residual, com uma boa capacidade respiratória, ...”
	9.a	“... porque pratico uma boa alimentação e não bebo, álcool.”
	5.a	“Em primeiro lugar penso que médicos e enfermeiros fumam, tal como as outras pessoas, porque querem.”
	9.i	“... o hábito de fumar é tão igual à pessoa que tem o hábito de coleccionar coisas, são comportamentos compulsivos que o ser humano tem. Este comportamento compulsivo tem mais danos fisiológicos do que podem ter a pessoa que encontra um objecto e colecciona aquele objecto que quando o vê tem compulsivamente



Hábito e Estilo de Vida		que o comprar, para mim o esquema psicológico é o mesmo, eu acho que uma pessoa que nunca fumou na vida, concerteza que não agarra o vício, se o tabaco não existisse concerteza que ninguém fumava”.
	8.f	“... o tabaco para mim às vezes é um apoio. Uma das coisas piores que me pode acontecer, e hoje acontece muito poucas vezes porque tenho muito cuidado com isso, é quando estou em casa e me apetece fumar um cigarro e chego à conclusão de que não tenho cigarros em casa, podem-me fechar a porta a sete chaves que sou capaz de rebentar a porta para sair para comprar tabaco, se calhar para não fumar, mas para garantir que se me apetecer tenho para fumar...”
	8.p	“Neste momento, tenho mecanismos para o fazer por exemplo neste momento em que eu bruscamente subi de um maço de tabaco para dois maços de tabaco por dia e sabendo que foi apartir da altura em que eu tive uma data fixa de internamento do meu filho eu passei quase como o condenado a estar a contar os dias ao contrário, à espera que chegue essa data que é uma coisa que me aflige e passei obrigatoriamente por auto-mecanismo inconsciente de não me chegar um maço de tabaco e ter que ir buscar dois e às vezes ter que ir buscar dois e meio...”
	2.c	“É a resposta a um sentimento inconsciente de vida.”
	3.h	“Parece-me que os profissionais de saúde, uma vez fumadores, podem puxar de um cigarro como um acto involuntário...”
	3.f	“... gostam de exhibir determinadas marcas de cigarros, pode ser uma forma de mostrar o poder económico ou então de querer adquirir um estatuto social...”
	1.f	“... fumar depois das refeições...”
	2.g	“Cigarros habituais - É um reflexo condicionado...”
	7.e	“... no sofá fumo um cigarro depois de jantar...”
	7.j	“... de um certo ritual que é habitual fazer ...”
	8.h	“... é ser um comportamento mecânico, instintivo.”
	9.b	“... depois do almoço um cigarro, ou seja, o cigarro depois das refeições é como se houvesse efectivamente um estímulo associado à refeição.”
	10.f	“... fará parte de um estilo de vida, de um ritual, de acto involuntário.”